

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1898-99. — N° 104.

DE L'ÉLIMINATION

DES

FIBROMES UTÉRINS

PAR GANGRÈNE ET SUPPURATION

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 20 Février 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Alfred GUYOTAT

Né le 13 Février 1870, à Gucugnon (Saône-et-Loire),

Ancien Externe et ex-Interne pr. des Hôpitaux de Lyon.

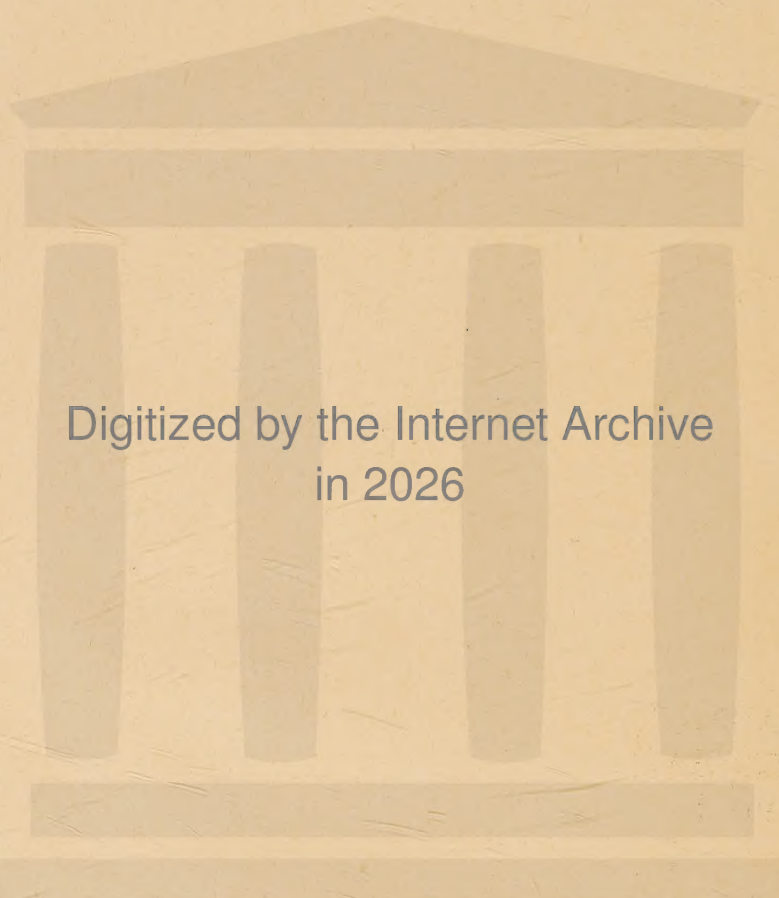


LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Février 1899



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1898-99. — N° 104.

DE L'ÉLIMINATION
DES
FIBROMES UTÉRINS

PAR GANGRÈNE ET SUPPURATION

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 20 Février 1899

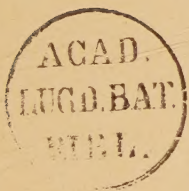
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Alfred GUYOTAT

Né le 13 Février 1870, à Gueugnon (Saône-et-Loire),

Ancien Externe et ex-Interne pr. des Hôpitaux de Lyon.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Février 1899

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
LACASSAGNE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES
MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	MM. LÉPINE.
	BONDET.
Cliniques chirurgicales.	OLLIER.
	PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	FOCHIER.
Clinique ophtalmologique.	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAILLETON.
Clinique des maladies mentales.	PIERRET.
Physique médicale.	MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique.	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie.	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique.	FLORENCE.
Zoologie et Anatomie comparée.	LORTET.
Anatomie.	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie.	RENAUT.
Physiologie.	MORAT.
Pathologie interne.	TEISSIER.
Pathologie externe.	AUGAGNEAU.
Pathologie et Thérapeutique générales.	MAYET.
Anatomie pathologique.	TRIPPIER.
Médecine opératoire.	POLLOSSON (M.)
Médecine expérimentale et comparée.	ARLOING.
Médecine légale.	LACASSAGNE.
Hygiène.	BARD.
Thérapeutique.	SOULIER.
Pharmacie.	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes.	LAROYENNE.
---	------------

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.	WEILL, agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS, agrégé.
Accouchements.	POLLOSSON (A.) -
Botanique.	BEAUVISAGE. -

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	ROLLET.	DURAND.	PAVIOT.
CONDAMIN.	ROUX.	DOYON.	NOVÉ-JOSSERAND
COURMONT.	COLLET.	BARRAL.	BERARD.
DEVIC.	BOYER.	MOREAU.	BORDIER.
POLLOSSON (A.)	VALLAS.	PIC.	SAMBUC.
ROCHET.	SIRAUD.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, Président ; M. VALLAS, Assesseur ;
MM. SIRAUD et BÉRARD, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

Sous ce nom, nous désignons l'expulsion en masse ou par fragments des tumeurs fibreuses de l'utérus, sous l'influence de la mortification et de la purulence.

C'est un des moyens éliminateurs relativement rares dont la matrice se sert pour se débarrasser d'un néoplasme gênant, mais c'est un des plus pénibles et des plus dangereux. Aussi son étude a-t-elle un vif intérêt soit au point de vue du mécanisme du sphacèle, soit au point de vue des dangers auxquels il expose et des indications thérapeutiques qui en découlent, indications qui nécessitent le plus souvent des interventions d'urgence.

Dans le mécanisme de l'expulsion des fibromes, la gangrène peut entrer seule en cause ou bien peut s'associer aux autres modes et constituer pour eux une grave complication. Aussi croyons-nous utile, après avoir donné dans notre premier chapitre un aperçu historique de la question, d'esquisser rapidement dans le second les divers modes d'élimination de ces tumeurs fibreuses.

Le troisième chapitre sera consacré à la pathogénie et à l'étiologie de la gangrène et de la purulence des fibromes utérins.

Dans le quatrième, nous étudierons l'anatomie pathologique. Le cinquième comprendra l'étude clinique de ces tumeurs.

Les indications thérapeutiques feront l'objet du dernier chapitre.

L'idée première de ce travail nous a été inspirée par M. le professeur Poncet. L'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse est une nouvelle preuve de bienveillance ajoutée à tant d'autres qu'il nous a données lors de deux séjours passés dans son service. Nous y sommes très sensible et nous le prions d'agréer notre profonde gratitude.

Nous avons mis souvent à contribution les excellents conseils de M. le professeur agrégé Bérard. Il nous les a toujours donnés avec beaucoup d'amabilité et d'empressement. Aussi sommes-nous heureux de saisir cette occasion pour lui adresser nos remerciements et lui exprimer notre vive reconnaissance.

Merci également à M. le professeur agrégé Siraud qui a bien voulu nous accorder la faveur de faire partie de notre jury de thèse.

Nous n'oublierons jamais nos maîtres des hôpitaux. Les chefs des services dans lesquels nous avons eu l'honneur de servir nous ont tous montré une bienveillante sympathie et avec beaucoup de dévouement ont mis à notre disposition leur belle expérience clinique. Nous voulons nommer MM. les D^{rs} Chappet, Drivon, Lannois, Pic,

médecins des hôpitaux, Gangolphe, Maurice Pollosson, Gailleton, Albertin, chirurgiens des hôpitaux. Que ces maîtres distingués veuillent bien agréer nos hommages les plus respectueux.

Nous adressons aussi un affectueux souvenir à tous nos amis et surtout à ceux avec qui nous avons vécu plus particulièrement pendant nos années de médecine.

DE L'ÉLIMINATION
DES
FIBROMES UTÉRINS
PAR GANGRÈNE ET SUPPURATION

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

L'expulsion des fibromes par l'utérus est un fait d'observation ancienne. Hippocrate, le premier, cite le cas d'une servante thessalienne, brusquement prise de douleurs violentes qui se terminèrent par l'expulsion d'une pierre.

Salins rapporte un fait semblable concernant une vieille religieuse. Mais cette particularité de l'histoire des fibromes n'était pas expliquée. On croyait que ces pierres étaient des calculs formés par la matrice ; et il faut remonter jusqu'à Robert Sée (1835), qui, après Meckel, établit d'une façon évidente que ces pierres étaient des fibromes calcifiés rendus libres par une usure progressive du tissu utérin ou bien par une suppuration disséquante.

Mais, si avant Robert Sée on admettait les calculs uté-

rins, il n'en est pas moins vrai que, déjà à cette époque, la suppuration et la gangrène des fibromes avaient été observées.

En effet, si nous consultons l'excellent livre de Levret sur les polypes (1749), nous lisons : « Ces tumeurs peuvent s'enflammer, s'ulcérer, se mortifier. » Il reconnaît donc déjà la gangrène des fibromes.

Après lui, plusieurs chirurgiens éminents la signalent. Ce sont : Luroth, Pinault, Lisfranc, Duplay.

Mais il faut arriver à 1835, époque à laquelle Malgaigne, dans sa thèse d'agrégation, résumant les idées en cours sur ce sujet, décrit le sphacèle des fibromes avec beaucoup de détails.

Dès lors, la question est entrée dans le domaine de la science et devient le point de départ de nombreuses publications.

Dupuytren, dans ses écrits comme dans ses leçons orales, y insiste à plusieurs reprises. Loir (1851) décrit un fibrome sphacélé qui s'élimine à travers la paroi abdominale.

Dans son *Traité des tumeurs* (1854), Broca signale les myomes gangrenés. Lecorché, Huguier, Duclos, Baker-Brown rapportent de bonnes observations de polypes expulsés partiellement par l'utérus dans le vagin et y subissant la dégénérescence gangréneuse.

En 1865, Saugier soutient une thèse, à Strasbourg, sur la gangrène de l'utérus.

Dumesnil (1868) cite un fibrome sous-séreux devenu spontanément purulent et qui s'élimina à travers la paroi abdominale.

En 1872, dans les *Bulletins de la Société anatomo-*

mique de Paris, Verneuil parle de la transformation purulente des polypes. Il insiste sur les dangers que présentent, dans ces cas, l'examen au spéculum et le toucher, et cite plusieurs cas de péritonite mortelle survenue dans ces circonstances.

Sympson (1874) relate dans le *Journal médical de Londres* un cas heureux de polype gangréné expulsé par le vagin. Balade (*Etude sur la gangrène des myomes utérins*, thèse de Paris, 1875) montre d'abord que ce sphacèle existe, mais il insiste surtout sur le diagnostic différentiel avec le cancer de l'utérus, la rétention du placenta, les corps étrangers du vagin et le renversement de l'utérus.

Cette même année, Prévost (*Bull. de la Société médicale de la Suisse Romande*, Lausanne) rapporte un cas de péritonite mortelle causée par l'inflammation d'un volumineux fibrome utérin.

De 1875 à 1880, nous signalerons les observations de Labat concernant des accidents septicémiques mortels dus à des myomes gangrénés.

En 1878, M. le professeur Poncet publie dans la *Gazette médicale* un cas de septicémie foudroyante survenue à la suite d'un toucher vaginal sur une malade atteinte d'un fibrome utérin.

Gaillard Thomas (1879) nous montre cette gangrène comme la suite fréquente d'une inflammation.

Citons également l'excellent travail du professeur Guserow : *Des néoplasies de l'utérus*, où le sphacèle est étudié parmi les autres altérations auxquelles le fibrome est soumis.

Dans ces dix-huit dernières années, les revues médico-

chirurgicales en France comme à l'étranger publient des cas de ce genre ; il nous serait trop long de les énumérer, nous signalerons seulement les noms des auteurs et, pour le titre de la publication, nous renvoyons à l'index bibliographique où l'on trouvera également les indications des ouvrages qui nous ont servi dans ce travail.

En Allemagne nous nommerons : Hofmokl, Schmidt, Funké (*Sur la gangrène des fibromyomes utérins*, th. de Strasbourg, 1891), Dührssen, Kurz.

En Angleterre, Hurry, Boyd, Baer, Sutton, Cullingworth, Cragin, Bernays, Chadwick.

En France, nous devons citer : Berthault, Merner (th. de Paris, 1883, *Terminaison par gangrène des corps fibreux intra-utérins*), Katz (th. de Nancy, 1884, *Sphacèle des fibromes*), Weiss, Agostini, Robert, Pozzi, Damas, Hartmann et Mignot, Planque, Bousquet, Reboul, Potherat, et enfin Lasnier (th. de Bordeaux, 1898), Meslay et Hyenne.

CHAPITRE II

DES DIVERS MODES D'EXPULSION DES FIBROMES UTÉRINS

L'expulsion du fibrome s'effectue de diverses façons, suivant que la tumeur est sous-péritonéale ou sous-muqueuse.

Lorsque la tumeur est devenue sous-séreuse, elle n'a guère de tendance à s'éliminer spontanément. Cependant, dans quelques cas on a vu des tumeurs sous-péritonéales assez volumineuses et en général calcifiées, s'éliminer à l'extérieur, à travers la vessie, le rectum ou la paroi abdominale. Dans un cas de Demarquay¹, un fibrome calcifié avait pris place dans la vessie où il fut pris pour un calcul.

Lisfranc et Flemming citent un cas analogue. Un myome calcifié provenant de la paroi antérieure de la matrice avait pénétré par ulcération dans la vessie et avait provoqué les symptômes les plus aigus de lithiase vésicale.

Un fibrome observé par Lisfranc s'élimina par le rectum. Michaux rapporte un fait semblable.

Les observations de myome se faisant jour à travers la paroi abdominale sont un peu plus fréquentes. Loir² a vu

¹ Demarquay, *Bull. de la Soc. de chirurgie*, 1858.

² Loir, *Bull. de la Soc. de chirurgie*, 1851.

un polype atteint de gangrène traverser la paroi utérine, puis la paroi abdominale au niveau de la ligne blanche.

Dans le cas de Dumesnil¹, la tumeur gangrénée avait perforé la paroi abdominale à travers laquelle elle faisait saillie, jusqu'à ce que sa chute fut accomplie. Après quoi la plaie se cicatrisa.

Düll² décrit deux pièces étudiées par lui dans l'Institut anatomo-pathologique d'Erlanger. La première de ces pièces est une tumeur constituée par treize myomes interstitiels et sous-séreux plus ou moins volumineux. Le plus gros de ces myomes s'attache par un pédicule au fond de la matrice et pénètre par un anneau de 40 centimètres de circonférence dans une hernie énorme de la ligne blanche; la circonférence de cette tumeur à l'intérieur même de la hernie ne mesure pas moins de 68 centimètres; à gauche et en bas, on trouve une tumeur plus petite logée dans un sac herniaire de dimensions beaucoup moindres; ce dernier fibrome ne présente pas beaucoup d'adhérences avec l'anneau herniaire: la grosse tumeur, au contraire, est complètement adhérente au bord de l'anneau.

La seconde pièce étudiée par Düll offre des dispositions anatomiques analogues, seulement la peau qui recouvre ici le sac herniaire est devenue gangréneuse et la malade meurt rapidement de septicémie. Il cite également un cas de Neuschler où il s'agit d'un myome utérin ferme qui pesait 35 kilogrammes, et qui atteignit, au bout de dix ans, un volume tel qu'il occasionna un ventre en besace pendant jusqu'au bas des genoux. Au pôle inférieur de cette poche,

¹ Dumesnil, *Gazette des hôpitaux*, 1869.

² Düll, *th. d'Erlangen*, 1872.

il se développa un ulcère gangréneux qui amena promptement une terminaison fatale.

Hofmokl¹ rapporte de même l'observation d'un fibrome pédiculé de l'utérus sortant de l'abdomen à côté d'une hernie volumineuse et se gangrénant.

Schmidt² relate également une élimination spontanée d'un fibrome utérin par la paroi abdominale.

Jacobs³ de Bruxelles a aussi communiqué un fait curieux d'expulsion spontanée d'un fibrome par la paroi abdominale chez une femme qui venait d'accoucher; il se produisit une douleur vive au niveau de l'ombilic, puis la tuméfaction fut rapidement suivie de sphacèle de la peau et l'escarre laissa apparaître un fibrome du volume d'une tête d'enfant qui fut extrait.

Enfin, Richelot et Touche⁴ viennent de publier un cas de fibrome ramolli ayant perforé le fond de l'utérus et ayant déterminé des adhérences à la paroi abdominale.

En résumé, la migration des fibromes sous-séreux à travers la vessie, le rectum, la paroi abdominale se fait sous l'influence de deux processus le plus souvent combinés : un processus mécanique et un processus infectieux. Le premier agit surtout comme cause prédisposante, le second joue un rôle bien plus considérable et cela ne doit pas nous étonner, car nous le verrons plus loin, de nombreux microbes : streptocoques, staphylocoques, streptobacilles ont été trouvés dans l'intérieur de la tumeur. Ces

¹ Hofmokl, *Wiener medic. Presse*, 1882.

² Schmidt, *Wiener med. Wolk*, 1882.

³ Jacobs, *Soc. belge de chirurgie*, 1893.

⁴ Richelot et Touche, *Journal médical de Paris*, 1896.

agents, sous des influences diverses, peuvent se réveiller et donner lieu à des phénomènes infectieux.

Dans cette élimination, le sphacèle peut procéder de l'intérieur à l'extérieur, ou inversement de l'extérieur vers l'intérieur.

Dans une première catégorie de cas, par exemple dans les observations de Loir, Dumesnil, Richelot et Touche, c'est le fibrome qui se gangrène le premier, détermine ensuite des adhérences à la paroi abdominale et secondairement cette paroi s'enflamme et se sphacèle.

Mais comment s'enflamme le fibrome ?

De plusieurs manières. D'abord il agit comme corps étranger et, à ce propos, répétons que ce sont surtout les fibromes calcifiés qui sont éliminés par ces voies.

Il détermine un certain degré d'inflammation du côté du péritoine et de ses enveloppes ; de là l'arrivée en nombre considérable des leucocytes. Cette réaction inflammatoire produit un *locus minoris resistentiæ*, les microbes de la tumeur deviennent plus virulents ; le fibrome s'enflamme, des adhérences se forment entre lui et le péritoine, puis entre le péritoine et les organes voisins : vessie, rectum, paroi abdominale, et rapidement l'infection gagne ces parties, amenant leur destruction et leur perforation. Voilà un premier mécanisme.

Ailleurs, c'est la torsion du pédicule qui joue le rôle de cause prédisposante.

Cette torsion, bien étudiée dans la thèse de Planque ¹,

¹ Planque, *De la torsion du pédicule dans les fibromes utérins*, th. de Paris, 1897.

est assez fréquente dans les fibromes sous-séreux à long pédicule.

Elle entrave la circulation dans la tumeur. Cet organe anémié ne peut plus lutter avec autant d'énergie contre les agents nombreux qu'il renferme ; ces derniers prennent le dessus, déterminent des phénomènes inflammatoires, des adhérences se forment et l'élimination a lieu comme plus haut.

Dans cette première catégorie de faits, le sphacèle se produit donc de l'intérieur à l'extérieur.

Dans une seconde catégorie, par exemple dans les observations de Düll, Neuschler, Hofmokl, c'est l'inverse qui se passe. Le fibrome détermine des phénomènes de compression du côté de la paroi abdominale, la partie comprimée se gangrène, s'infecte secondairement au contact de l'air, et cette infection ne tarde pas à envahir par propagation le fibrome et à en déterminer l'élimination par sphacèle.

On le conçoit facilement, souvent les adhérences n'ont pas eu le temps de se former, et la péritonite généralisée en est la conséquence.

Ce mode de migration est très intéressant et on peut faire un rapprochement avec le procédé opératoire étudié dans la thèse de Peyrolle¹ sous le nom d'exhystéropexie et consistant dans l'exposition au dehors de l'utérus fibromateux et dans son ablation consécutive.

Cette élimination du fibrome sous-séreux à travers la paroi abdominale, la vessie, le rectum, ne se présente que

¹ Peyrolle, *De l'exhystéropexie*, th. de Lyon, 1895.

très rarement. Il n'en est plus de même avec les tumeurs interstitielles ou sous-muqueuses.

Ces deux dernières variétés sont en effet assez souvent expulsées dans le vagin et de là à l'extérieur. Cette élimination se fait par trois mécanismes principaux :

1^o Par énucléation spontanée ;

2^o Par pédiculisation simple ou compliquée d'inversion utérine ;

3^o Par gangrène et suppuration.

1^o Enucléation spontanée. — Dans l'énucléation spontanée, la nature débarrasse la matrice de son corps fibreux par un processus analogue à celui que le chirurgien cherche à réaliser dans quelques cas. Soit sous l'influence des contractions utérines, soit à la suite d'un accouchement ou même d'un effort quelconque (toux, défécation, vomissement), la couche musculo-muqueuse amincie qui recouvre le fibrome se rompt ; l'ouverture étant établie, cette même couche se retire au-dessus de la tumeur de façon à libérer un segment de plus en plus considérable du myome. Puis l'utérus se rétractant achève l'expulsion de ce corps étranger dans le vagin et de là finalement à l'extérieur. La matrice a accouché de son fibrome absolument comme elle accouche d'un fœtus. Le pronostic, dans ces cas, est bon : on n'a à signaler que quelques douleurs expulsives plus ou moins violentes rappelant celles du travail. Le plus ordinairement, l'écoulement de sang a été peu abondant ; quelques observations cependant notent des métrorrhagies.

2^o Pédiculisation. — Le plus souvent, c'est par le

mécanisme de la pédiculisation que l'expulsion se fait. Le fibrome se pédiculise et constitue un polype qui détermine des contractions violentes s'accompagnant de véritables douleurs expulsives : peu à peu le pédicule s'allonge, le polype s'engage dans le col, y présentant des apparitions intermittentes, et, après une série de coliques utérines répétées seulement au moment des règles, le travail aboutit à la rupture du pédicule et à l'expulsion spontanée de la tumeur dans le vagin.

Dans quelques cas cependant, le fibrome est arrêté par son volume dans la cavité vaginale et ne peut franchir la vulve qu'à l'aide de manœuvres adjuvantes : c'est ce qui a lieu pour les énormes polypes utéro-vaginaux de Pozzi¹.

D'autres fois le pédicule peut s'allonger suffisamment et permettre à la tumeur de sortir du col dans le vagin, tout en restant attachée à la paroi utérine par un lien plus ou moins volumineux.

Quelquefois même, le pédicule entraîne avec lui le fond de la matrice qui s'invagine dans le col, c'est-à-dire qu'il se produit une inversion utérine dont le polype est la cause.

Cette complication, bien étudiée dans la thèse de Delteil², est relativement rare, d'après Crosse, sept fois plus rare que l'inversion utérine puerpérale, et cette dernière se rencontre une fois sur cent quarante mille accouchements. Néanmoins quand on incise un polype il faut toujours y penser, pour ne pas s'exposer à une blessure grave de l'utérus. Si le polype et la matrice ne sont pas altérés,

¹ Pozzi, *Revue de chirurgie*, 1885.

² Delteil, th. de Paris, 1890.

il est ordinairement aisé de reconnaître l'inversion. En effet, le polype est blanchâtre, bosselé, irrégulier, de consistance ferme, indolore à la pression, il possède un pédicule plus ou moins long.

L'utérus inversé forme au contraire une tumeur lisse, rouge, douloureuse à la pression. Entre la matrice et le polype existe un sillon et l'ensemble des deux a l'aspect général d'une gourde en bissac, d'un battant de cloche.

Mais si l'inflammation et le sphacèle ont envahi ces surfaces, le diagnostic devient plus épineux et il doit se baser sur la constatation du corps de l'utérus dans le bassin, constatation qui se fait par le cathétérisme, l'examen bimanuel et le toucher rectal.

L'énucléation spontanée, la pédiculisation sont deux modes éliminateurs d'un pronostic bon ; ce sont même des terminaisons heureuses des fibromes ; mais il n'en est plus de même quand, à ces processus d'ordre purement mécanique, vient se joindre un travail inflammatoire ou gangréneux, ou bien quand le sphacèle entre seul en cause pour expulser le néoplasme.

3° Gangrène et purulence. — Dans ces cas, l'élimination prend un caractère grave et réclame une intervention d'urgence. En effet, le sphacèle des fibromes, bien que devant être considéré comme un effet curateur qui aboutit quelquefois à une guérison radicale, est un processus aveugle pouvant entraîner et entraînant le plus souvent la mort.

Cliniquement dans ces circonstances, l'expulsion se fait suivant deux modes différents : l'élimination en masse et l'élimination par fragments.

L'élimination en masse est peu commune. Soit spontanément, soit à la suite de manœuvres intempestives, la suppuration envahit l'enveloppe conjonctive de la tumeur dans toute l'étendue de sa capsule, qui s'ouvre bientôt du côté de la cavité utérine et laisse sortir la masse entière et intacte désormais privée de ses moyens de nutrition. Une fois dans la cavité utérine, elle en est rapidement expulsée par les contractions de l'utérus en déterminant cependant des accidents plus ou moins sérieux de sphacèle qu'il faut combattre énergiquement.

Les deux observations suivantes se rapportent à des expulsions en masse de fibromes gangrénés.

OBSERVATION I

(Ed. Blanc, *Lyon médical*, 1887).

Fibrome utérin suppuré. — Elimination en masse.

M..., âgée de vingt-neuf ans, couturière. Réglée à douze ans, menstruation régulière. Mariée il y a un an environ, elle devint bientôt enceinte. Au deuxième mois de sa grossesse, elle s'aperçut pour la première fois de la présence d'une tumeur du volume du poing, dure, non douloureuse, située au-dessus du pubis.

Au quatrième mois, sans cause appréciable, elle avorta. Les douleurs durèrent deux jours, la délivrance fut rapide et complète; pas d'hémorragie notable, pas de fièvre. Elle se rétablit promptement et reprit ses occupations domestiques.

Un mois et demi après l'avortement commençait la série des pertes sanguines qui n'ont pas cessé jusqu'à son entrée à l'hôpital. D'abord peu abondantes, elles augmentèrent progressivement d'intensité, survenant sans régularité aucune, durant huit à dix

jours pour reprendre après une interruption variable ; les douleurs abdominales étaient presque nulles.

Au commencement de novembre, la malade se présenta à la consultation gratuite, pâle, profondément anémiée et perdant beaucoup. M. Laroyenne lui fit une injection intra-utérine de quelques centimètres cubes d'une solution d'acide chromique au 1/4 ; les pertes furent suspendues pendant trois semaines ; puis elles reparurent aussi abondantes qu'auparavant.

De plus en plus débilitée, la malade revient le 1^{er} décembre et réclame une intervention. L'état local est le suivant : tumeur volumineuse, saillant à l'hypogastre et manifestement développée dans la paroi antérieure de l'utérus ; col légèrement entr'ouvert, la cavité utérine mesure 9 centimètres. Pas de douleurs. En présence d'hémorragies continuelles, M. Laroyenne se décide à pratiquer l'opération de Battey, la malade accepte et on fixe le jour. En attendant et pour débarrasser l'utérus des caillots que le cathétérisme y a démontrés, on fait avec la sonde à double courant un lavage intra-utérin avec une solution phéniquée tiède.

Dans les premiers instants qui suivent cette manœuvre, se déclarent de vives douleurs dans la région hypogastrique et lombaire ; la malade est portée à son lit et condamnée au repos absolu. Les douleurs continuent et les jours suivants la fièvre s'allume ; la température oscille entre 38°5 le matin et 39°5 le soir. On craint un moment d'assister au développement d'une péritonite ; mais le ventre est souple et non ballonné, il n'y a pas eu de vomissements, le péritoine n'est évidemment pas en cause. Ajoutons qu'aux pertes sanguines se joint un écoulement séro-purulent d'odeur fétide.

En présence de tous ces symptômes, on s'abstient de tout examen ; on se borne à combattre les douleurs et à diriger contre l'écoulement fétide des injections vaginales. En même temps, on ordonne à plusieurs reprises 2 gr. 50 d'ergotine ; cette médication arrête spontanément les pertes.

Dans la journée qui suit l'administration de l'ergotine, la malade éprouve chaque fois des douleurs spéciales, lui rappelant quelque peu celles de l'avortement : ce sont des douleurs intermittentes d'une durée d'une à deux minutes.

Enfin, au sixième jour de ces accidents (fièvre, douleurs, écoulement fétide), comme la malade se plaint avec insistance de l'horrible odeur de ses pertes, nous la faisons venir au pansement pour lui pratiquer un lavage intra-utérin. En la touchant, nous trouvons le col un peu plus ouvert, souple, dilatable; un petit prolongement s'y engage, mou, aplati, du volume du petit doigt. Nous l'attirons doucement et au bout de quelques minutes, nous avons la satisfaction de recevoir entre les mains un fibrome du volume du poing. La tumeur, ramollie surtout à la périphérie, d'une teinte grisâtre, est entièrement dépourvue de son revêtement muqueux, lequel a été manifestement détruit par la suppuration. L'extraction est suivie de l'issue d'un véritable flot d'un liquide purulent d'odeur infecte. Un lavage intra-utérin est immédiatement pratiqué. Lavage phéniqué les jours suivants.

Après quelques jours de ce traitement la malade sort guérie.

OBSERVATION II

(Décornière, *Bull. de la Société de Chirurgie*, 1893).

Polype fibreux utérin sphacélé. Expulsion spontanée en bloc.

F..., quarante-six ans, vient me consulter en mai 1884 pour son ventre qui grossissait. Après examen, le diagnostic porté fut : fibrome utérin du volume d'une orange. Les symptômes paraissant peu inquiétants, il lui fut conseillé de patienter. Un an après, en mai 1885, la tumeur avait notablement augmenté, elle avait le volume d'une tête de fœtus à terme et faisait corps avec l'utérus.

On ordonna 2 grammes d'iodure de potassium par jour. Au bout de quinze jours, pas d'amélioration, mais survient une assez forte perte de sang qui fut suivie d'un mieux notable. Tous les mois d'abord, mais bientôt toutes les semaines, il survient des pertes de sang assez abondantes et toujours précédées de douleurs très violentes.

Cet état dura sans changement pendant trois ans. Au printemps 1888, le traitement à l'iodure fut repris deux mois environ et une grande amélioration s'ensuivit. Cependant, au mois de mai de cette même année 1888, la malade a des pertes telles qu'elle doit garder le lit pendant plus de trois semaines. L'année se passe encore et, au mois de mai 1888, elle doit se remettre au lit. On ne peut plus dire que l'état est le même, car depuis six mois les jambes sont enflées.

Une nouvelle perte de sang survient, suivie d'un écoulement abondant de sérosité louche évaluée à 3 ou 4 litres environ et accompagné de violentes coliques.

En août 1889, les choses changent complètement : la malade perd l'appétit, et doit garder le lit, nouvelle perte ; le 10 septembre la métrorragie dure encore. On prescrit 80 centigrammes d'ergot de seigle par jour. Le toucher pratiqué déjà à plusieurs reprises ne révèle rien d'anormal : le col est un peu mou, mais toujours fermé.

Depuis deux mois, cette femme a perdu son embonpoint ; bien plus, elle est arrivée à un degré d'émaciation extrême ; l'état général est de plus en plus mauvais ; l'estomac ne supporte plus rien et, aucun signe d'expulsion ne paraissant, il faut s'attendre à un dénouement fatal. Heureusement que la nature médicatrice veillait.

Le 12 octobre, coliques très violentes à caractère expulsif ; une masse sphacélée fait apparition à la vulve ; on fait des tractions prudentes et on entraîne une masse informe qui n'est autre chose que la tumeur.

Cette tumeur, d'odeur très fétide, était formée de forts tractus fibreux limitant des poches pleines de liquide semblable à celui que perdait la malade entre les crises de métrorragie.

Les suites furent simples : on fit des injections phéniquées, et le 15 novembre la malade se levait.

Dans ces observations, l'expulsion a lieu en bloc et, malgré des accidents septicémiques assez sérieux, la ter-

minaison est favorable. Il n'en est pas toujours ainsi dans la majorité des cas.

Ces accidents revêtent un caractère bien plus grave quand la tumeur elle-même est envahie par le germe infectieux et que l'élimination se fait par fragments. L'inflammation envahit le néoplasme et aboutit au sphacèle de ses éléments : la tumeur grossit, devient molle, très douloureuse, et bientôt apparaissent des phénomènes généraux graves qui indiquent une septicémie le plus souvent redoutable.

Pendant que les parties mortifiées s'engagent dans le col et sont chassées au dehors, la tumeur n'a pas cessé de vivre dans toutes ses parties ; mais bientôt une nouvelle masse se mortifie et son expulsion a lieu, et ainsi de suite jusqu'à ce que la totalité de la tumeur mortifiée et fragmentée soit complètement éliminée.

Malheureusement, cette expulsion est généralement très longue (deux ans dans un cas de Baker-Brown¹) et, le plus souvent, la malade est emportée par des accidents septicémiques graves, septico-pyohémiques ou péritonitiques.

Les observations suivantes viennent à l'appui de ce fait :

¹ Baker-Brown, *Obst. Trans.*, T. I.

OBSERVATION III

(Labat, *Bull. de la Société anatomique de Paris*, 1879.)

*Fibrome utérin. Gangrène de la tumeur.
Elimination lente. Septicémie. Péritonite.*

C... Annette, quarante-sept ans, entrée le 18 octobre 1879. Femme bien constituée. Trois accouchements normaux ; une fausse couche il y a dix-sept ans. Depuis, elle a toujours souffert du ventre. Il y a dix ans fièvre typhoïde dont elle se releva bien ; elle aurait eu il y a cinq ou six ans des hématuries. Quoi qu'il en soit, bien qu'elle se plaignait toujours un peu du ventre, sa santé était satisfaisante. Les troubles sérieux ne remontent qu'à cinq ou six mois. Depuis cette époque, son ventre a augmenté de volume ; les douleurs sont plus vives ; enfin, elle perd du sang presque continuellement.

A son arrivée dans le service, on constate tous les signes d'une anémie profonde. Le col utérin est ferme, non ulcéré. L'utérus est très gros, il remonte à 5 ou 6 travers de doigt au-dessus du pubis. Le diagnostic de fibrome utérin est porté. La malade est mise au repos et soumise à un régime tonique et légèrement excitant.

Elle était dans le service depuis vingt jours quand, le 9 novembre, les douleurs redoublent d'intensité, reviennent par intervalles et prennent un caractère expulsif. Le lendemain, 10 novembre, la malade nous dit qu'elle rend quelque chose par la matrice. M. Le Dentu l'examine et trouve une masse volumineuse qui fait saillie à la vulve et répand une odeur gangreneuse infecte. Cette masse est molle, dépressible, d'un gris brunâtre, avec des points clairs et des lignes plus sombres ; du reste, la meilleure idée que nous puissions donner de son aspect, de sa couleur, de sa consistance, c'est de la comparer à un *placenta* déjà vieux et macéré.

Après quelques tractions modérées et sans résultat, Le Dentu résèque le plus possible la portion expulsée hors de l'utérus. Injections vaginales phéniquées trois fois par jour.

Température, matin 38 degrés; soir 38°9.

11 novembre. — Une nouvelle masse, moins volumineuse que celle de la veille, mais semblable d'aspect et d'odeur fait saillie à la vulve. On en coupe le plus possible. Injections vaginales antiseptiques. Sulfate de quinine, 75 centigrammes.

Température : matin 37°5 ; soir 38°5.

12 novembre. — Quelques lambeaux sont encore sectionnés. Injections vaginales antiseptiques.

Température : matin 38°2 ; soir 39°5.

13 novembre. — On enlève des débris pour la dernière fois. On sent encore quelque chose de mou dans le col qui est entr'ouvert sans qu'on puisse déterminer le point d'implantation de la partie que l'on sent.

14 novembre. — Dans la nuit, frissons violents qui durent plusieurs heures. Le matin nous trouvons la malade sans fièvre, mais le soir 39°4.

15 novembre. — Frissons irréguliers dans la journée, facies fatigué, abattement, nausées, vives douleurs dans le ventre.

Température : matin 38 degrés ; soir 39 degrés.

16 novembre. — Même état général ; un frisson dans la journée.

17 novembre. — Nouveau frisson ; on sent un empâtement dans le cul-de-sac gauche. Potion phéniquée. Quinine.

Température : matin 39°6 ; soir 40°2.

18 novembre. — Huit à dix vomissements porracés, frissons, délire.

19 novembre. — Mort.

Autopsie. — L'incision de la paroi abdominale à peine faite, une quantité notable d'un liquide purulent jaunâtre s'échappe de la fosse iliaque droite. La masse intestinale mise à nu, on remarque que les anses du tube digestif sont agglutinées par des fausses membranes, légères et friables en haut, épaisses, résistantes, plus nombreuses vers le petit bassin qui paraît rempli de pus. En effet, tous les organes intra-pelviens baignent dans un pus de couleur

jaunâtre. Au milieu, on aperçoit l'utérus recouvert de tractus d'un blanc jaunâtre qui, à gauche, se relie avec le paquet intestinal. Au niveau du point où la trompe droite pénètre dans le tissu utérin, on voit un abcès du volume d'une noix, creusé dans la paroi de la matrice et ouvert dans le péritoine.

La trompe droite est remplie de pus. Rien dans la trompe gauche ni dans les ligaments larges. L'orifice externe du col est ouvert. L'utérus mesure 14 centimètres de hauteur et 13 centimètres de largeur maxima. Une coupe pratiquée dans le sens de la longueur, sur la face antérieure de l'utérus, met à découvert la cavité utérine. Elle est remplie d'une masse putrilagineuse, fétide ressemblant aux produits expulsés. Cette masse adhère par des tractus assez lâches à toute la surface antérieure de la cavité, empiétant même sur les bords latéraux et la face postérieure. La hauteur de cette insertion sur la paroi antérieure est d'environ 6 centimètres. Toute la surface utérine d'insertion est molle, d'un gris sombre, putrilagineuse, partout la muqueuse est fortement congestionnée et ramollie.

Deux points à relever dans cette observation :

1° La large implantation de la tumeur, ce qui rendait une énucléation rapide impossible ;

2° L'élimination lente de la masse morbide par un travail de gangrène, amenant une grande abondance de produits septiques dans l'utérus.

OBSERVATION IV (résumée).

(Labat, *Bull. de la Société anatomique de Paris*, 1880)

Fibrome utérin. Gangrène de la tumeur. Élimination lente pendant laquelle des produits septiques s'accumulent dans la cavité utérine. Résorption de ces produits. Septicémie. Péritonite. Mort.

OBSERVATION V (résumée)

(Demarquay, *Gaz. des hôpitaux*, Paris, 1870.)

Polype intra-utérin sphacélé. Myomes multiples de l'utérus. Elimination lente. Résorption putride. Mort par septicémie.

Ce n'est que très exceptionnellement que la guérison peut survenir dans ces circonstances. Ziemssen¹ a vu s'éliminer ainsi complètement une tumeur qui remontait jusqu'à un pouce au-dessus de l'ombilic.

Dans le cas de Baker-Brown, la malade finit par guérir également. Néanmoins, ces faits et quelques autres n'infirment en rien la règle générale de la terminaison fatale des fibromes gangrenés abandonnés à eux-mêmes.

En somme, on peut distinguer les migrations exceptionnelles et les migrations habituelles. Les migrations exceptionnelles se font par la paroi abdominale (une quarantaine de cas ont été signalés), par la vessie ou le rectum (six ou sept cas seulement ont été rapportés).

Les migrations, habituellement, ont lieu à travers le vagin et cela par plusieurs mécanismes : par énucléation spontanée (à peine un quart des cas); par pédiculisation simple (plus de la moitié des cas) ou compliquée d'inversion utérine (très exceptionnellement, sept fois plus rare que l'inversion puerpérale); par gangrène et purulence.

¹ Ziemssen, *Virchow's Arch.*

CHAPITRE III

PATHOGÉNIE ET ÉTIOLOGIE DE LA GANGRÈNE ET DE LA PURULENCE DES FIBROMES UTÉRINS

Quel est le mécanisme de la gangrène et de la purulence des fibromes? Quelles en sont les causes? Telles sont les deux questions que nous nous proposons de résoudre dans ce chapitre.

Mais avant d'y répondre, un fait important est à mettre en relief : c'est la vascularisation de la tumeur.

N'étant qu'une hyperplasie du tissu utérin, ces néoplasmes sont composés de fibres musculaires lisses, de fibres conjonctives, de vaisseaux et de nerfs. Très exceptionnellement, elles sont riches en vaisseaux sanguins ; ce sont alors de vraies tumeurs érectiles et on les nomme, tumeurs télangiectasiques (Virchow). Le plus souvent, leur vascularisation n'a pas ce développement. Sectionnons en effet un corps fibreux, ce qui nous frappe c'est son aspect blanchâtre, nacré, et sur cette masse volumineuse, ce qui nous étonne, c'est la rareté des vaisseaux.

Coupons le pédicule d'un polype, même résultat : la section du pédicule donne une quantité de sang insignifiante, et c'est cependant par là que la tumeur reçoit ses éléments de nourriture.

De ces faits, concluons, avec la grande majorité des observateurs, que le fibrome est en général peu vasculaire et mal nourri. Mais est-ce à dire, pour cela, qu'il faille admettre l'opinion de Broca, de Bourée, et penser que les fibromes se nourrissent par simple osmose et puissent leurs éléments de nutrition par voie d'imbibition dans les tissus qui les environnent? Nous ne le croyons pas; car si peu nombreux qu'ils soient, ces vaisseaux existent et suffisent pour permettre la vie et même l'accroissement de ces tumeurs. « Ces tumeurs sont toujours vasculaires quoique faiblement d'habitude, » a dit Virchow. Dans certains cas même, le pédicule contient des vaisseaux assez volumineux pour donner des hémorragies quand on le sectionne; mais c'est là une exception.

La partie la mieux nourrie, c'est la coque de tissu connectif qui entoure la tumeur; c'est elle, en effet, qui contient les plus nombreux et les plus gros vaisseaux, lesquels communiquent, d'une part, avec les réseaux secondaires de l'intérieur du fibrome et, d'autre part, avec les vaisseaux intra-utérins qui prennent en pareil cas, et surtout dans le voisinage des fibromes volumineux, un développement rappelant celui de la grossesse.

Cette distribution des vaisseaux à la périphérie n'a rien d'étonnant, si on se rappelle l'opinion de Pilliet¹ et Costes, qui considèrent cette tumeur comme une maladie primitive du réseau vasculaire utérin.

Pour eux, le fibrome se développe autour d'un vais-

¹ Pilliet, Une hypothèse sur l'origine de fibromyomes (*Bull. de la Société anatomique*, janvier 1894).

seau. En proliférant, les éléments du néoplasme repoussent les vaisseaux à la périphérie.

Ajoutons enfin que les tumeurs molles, les myomes proprement dits, sont plus vasculaires que les tumeurs dures fibreuses, c'est-à-dire que celles où le tissu conjonctif prédomine.

De ces données sur la circulation générale des fibromes, il ressort deux faits : la pauvre vascularité de ces tumeurs, le développement vasculaire un peu plus grand de la membrane celluleuse d'enveloppe ; d'où les conclusions faciles à tirer : la grande tendance du fibrome à la nécrobiose, sa faible tendance à l'inflammation, et l'aptitude plus grande à cette dernière modification de la couche de tissu connectif.

N'est-il pas, en effet, une notion de pathologie générale, que plus un tissu est riche en éléments vasculaires, plus il est sujet à s'enflammer et, au contraire, plus il est pauvre en vaisseaux, plus rare sera chez lui l'inflammation, mais plus facile sera à se produire la nécrobiose, c'est-à-dire la gangrène mécanique, sphacèle étant synonyme de gangrène due à l'inflammation.

Par conséquent, au point de vue du mécanisme de la gangrène, on peut lui reconnaître deux origines : une origine mécanique l'ischémie, une origine inflammatoire l'infection. Le plus souvent les deux processus ischémie et infection s'associent pour produire la putréfaction ; et il n'y a rien d'étonnant ; en effet, un tissu nécrobiosé, un tissu qui n'est plus nourri est un *locus minoris resistentiæ* qui s'infecte avec la plus grande facilité et qui est un bon milieu de culture pour les microbes si nombreux des voies génitales.

L'ischémie en supprimant les vivres à la tumeur y détermine la gangrène par un mécanisme analogue à celui que l'on rencontre dans tout tissu privé de ses éléments de nutrition. « La gangrène par ischémie, dit M. Potherat, est totale. L'utérus dont les fibres ont subi l'hypertrophie et l'hyperplasie comme dans la grossesse, à un moment donné se contracte pour se délivrer. Cette contraction peut arrêter la circulation du polype, alors même qu'il a été accouché, car elle continue à s'exercer sur le pédicule d'ailleurs plus ou moins distendu ; l'ischémie en résulte parfois intermittente, parfois aussi définitive, et alors, ou bien il y a en même temps de l'inflammation et on a rapidement un putrilage de toute la masse, ou bien il ne s'est pas fait d'inflammation et le polype est comme imbibé de sérosité ; ses fibres forment des faisceaux blancs dissociés ou facilement dissociables que les pinces à abaissement ne peuvent plus retenir, de sorte qu'on ne peut les maintenir utilement et efficacement qu'avec des pinces à long cadre. » La gangrène par inflammation est superficielle, elle laisse intact un noyau central plus ou moins volumineux qui conserve son aspect nacré et sa consistance ferme. Elle est, dit M. Potherat ¹, d'origine extérieure muqueuse, elle débute par la muqueuse de revêtement du fibrome ou par la muqueuse utérine pour s'étendre secondairement à celui-ci. Son intensité, son étendue règlent l'étendue de la gangrène du polype. Quoique moins étendue que la gangrène par ischémie, elle est presque toujours bien plus grave que

¹ Potherat, *Bull. de la Société de chirurgie de Paris*, avril 1898.

celle-ci au point de vue de l'infection propagée à l'organisme ; bien plus souvent, bien plus rapidement, elle provoque la septicémie ; ce qui s'explique aisément puisqu'elle est d'origine septique et qu'elle s'accompagne de thrombose et même de phlébite suppurée.»

En résumé donc, la gangrène des myomes peut résulter, soit d'un processus mécanique, soit d'un processus inflammatoire.

Voyons maintenant quelles sont les causes déterminantes les plus fréquentes de ces processus.

Nombreux sont les agents qui peuvent déterminer l'ischémie de la tumeur. Un des plus importants et des plus fréquents, c'est l'étranglement du pédicule par le col de l'utérus. Cet étranglement peut agir de diverses manières. Parfois, il joue un rôle analogue à celui d'une ligature très serrée, appliquée sur le pédicule ; la nutrition est brusquement compromise et la gangrène se déclare. Ailleurs, la compression n'est pas aussi énergique ; la circulation n'est pas totalement interrompue, elle est seulement diminuée ; il en résulte pour le fibrome une infiltration de sérosité, un véritable œdème. La tumeur augmente de volume et se trouve bientôt comprimée par les parois du vagin.

Cette nouvelle cause d'ischémie aidant, la nécrobiose se produit facilement : c'est ce que l'on voit le plus ordinairement dans les énormes polypes utéro-vaginaux.

La torsion du pédicule peut être incriminée assez souvent d'après Quénu. Fréquente dans les fibromes sous-péritonéaux, elle est moins commune dans les polypes sous-muqueux. Elle a pour résultat de diminuer ou même de supprimer la circulation dans le pédicule et, par

conséquent, de déterminer une gangrène par ischémie.

Pour Pozzi, la torsion du pédicule est exceptionnelle. Une cause plus fréquente, c'est l'élongation exagérée du pédicule par les contractions de l'utérus, d'où une mortification qui atteint surtout les couches superficielles du polype.

A ces causes déjà puissantes de gangrène viennent s'en joindre d'autres, qui, pour être occasionnelles, n'en sont pas moins quelquefois bien réelles : nous voulons parler de la réplétion du rectum et de la vessie. Si on se rappelle que la majorité des femmes est constipée et a l'habitude de garder longtemps ses urines, on peut facilement comprendre que l'une de ses poches pleines (vessie ou rectum) puissent à un moment donné, venir comprimer notre tumeur et y déterminer de la mortification.

Mais en dehors de cette action purement mécanique, la rétention d'urine et la constipation peuvent produire la gangrène d'une autre manière, nous voulons dire, par un processus infectieux. Ce mécanisme nous est expliqué par les connexions complexes qui existent entre les organes génitaux d'une part, la vessie et le rectum d'autre part ; connexions qui entraînent une certaine solidarité physiologique et pathologique.

Ces faits ont été mis en relief dans ces derniers temps par de nombreux auteurs. Boissard¹, en 1883, a donné une intéressante étude sur ce sujet. Guyon, Melchior²

¹ Boissard, *Etude sur les troubles de la miction se rattachant aux divers états physiologiques et pathologiques de l'utérus*, Paris, 1883.

² Melchior, *Cystite et infection urinaire*, Paris, 1895.

Hallé et Albarran¹, Kröggius², Denys³, Reymond, Depla ont fait paraître de nombreuses publications sur cette question qui a été complétée par Legueu et le Congrès d'urologie de Paris, 1898.

A l'état normal, le milieu vésical est aseptique et les microbes du rectum sont inoffensifs. Mais, sous des influences diverses, ces réservoirs peuvent s'infecter et devenir l'origine de suppuration pour les fibromes de l'utérus. Voici comment : les fibromes, par les phénomènes de compression et les traumatismes répétés qu'ils exercent sur les organes voisins, par le degré plus ou moins marqué de congestion qu'ils y entretiennent, créent un *locus minoris resistentiæ* et favorisent l'arrivée et le développement des micro-organismes dans la vessie et le rectum. Pour la vessie, ces agents viennent par plusieurs voies : voie circulatoire, voie rénale, surtout voie urétrale. Ils sont de plusieurs sortes : Reblaud⁴ a analysé 16 cystites observées chez les femmes seulement et a trouvé six espèces différentes de microbes. Le *coli-bacille*, 6 fois ; le *Staphylococcus albus*, 4 fois ; le *Bacillus griseus*, 2 fois ; l'*Urobacillus liquefaciens*, 2 fois ; le *Micrococcus albicans*, 1 fois ; le *Micrococcus subflavus*, 1 fois.

Pour le rectum, les agents qui y habitent normalement n'ont qu'à se développer et à devenir virulents.

¹ Hallé et Albarreau, *Académie de médecine*, 1889.

² Kröggius, *Recherches bactériologiques sur l'infection urinaire*, Helsingfors, 1892.

³ Denys, *Etude sur les infections urinaires* (*Bull. de l'Académie royale de médecine de Belgique*, 1892).

⁴ Reblaud, thèse de Paris, 1892.

La cystite et la rectite sont la conséquence du développement de ces parasites et, de là à l'infection du fibrome, il n'y a qu'un pas. En effet, cette infection se fait très facilement par la voie circulatoire et surtout par la voie transpariétale, soit après perforation de la paroi, soit sans aucune perforation comme l'ont établi Wreden ¹ et Raymond ².

Ces auteurs ont en effet démontré par des expériences bien conduites que, dans certaines conditions, les micro-organismes traversent les parois de la vessie ou du rectum et peuvent aller infecter les organes du voisinage. Cette cause d'infection des fibromes est peut-être plus fréquente qu'on ne le pense.

En effet, assez souvent, avant l'apparition des phénomènes gangreneux, on signale des troubles urinaires ; douleurs, envies fréquentes. C'est le cas pour notre observation X, où la malade depuis longtemps souffrait beaucoup en urinant et avait des mictions très fréquentes.

Nous venons de faire une légère digression sur une des origines infectieuses du sphacèle pour ne pas scinder l'influence de la constipation et de la rétention d'urine, mais revenons à l'étude des causes mécaniques de la gangrène. Certaines manœuvres employées pour l'extraction des fibromes, telle que l'application répétée de forceps, peuvent parfois déterminer la mortification. Potherat rapporte le cas d'un sphacèle ayant atteint rapidement un gros fibrome qui était accouché dans le vagin et sur

¹ Wreden, *Centralb. f. Chirurgie*, 1893.

² Raymond, *loc. cit.*

lequel on avait fait des applications répétées de petit forceps, avec mouvement de rotation pour rompre le pédicule. Le pédicule ne se rompit pas, le polype ne put être amené au dehors, mais des accidents septicémiques se déclarèrent qui nécessitèrent une intervention, c'est-à-dire l'ablation par morcellement du polype en voie de sphacèle.

La grossesse a-t-elle un rôle dans la gangrène des fibromes? De nombreuses discussions ont été soulevées au sujet de l'influence de la grossesse sur les fibromes, nous n'avons pas à les suivre et nous dirons seulement que, dans la grande majorité des cas, ces tumeurs se ramollissent pendant la grossesse. Ce ramollissement peut être considéré déjà comme une cause prédisposante de la mortification.

En outre, dans tous les traités d'obstétrique on parle des altérations que subissent les fibromes pendant la grossesse et on signale la suppuration, la gangrène, la transformation graisseuse. — Cornil a récemment décrit dans les myomes d'utérus gravides des îlots mortifiés, ayant subi par places un ramollissement accentué et siégeant au milieu de tissus fibromateux. Ces zones mortifiées sont dues à la compression exercée par les faisceaux hypertrophiés du myome.

L'accouchement peut également être considéré comme une cause prédisposante à la nécrobiose. En effet, tout d'abord par les contractions violentes qu'il détermine du côté de la matrice, il entraîne forcément des troubles de circulation du côté des myomes et entrave plus ou moins leur nutrition.

En outre, l'utérus gravide fibromateux est plus

qu'aucun autre un terrain favorable à la septicémie ; si, au moment de l'accouchement, les précautions les plus minutieuses ne sont pas prises, des phénomènes de sphacèle peuvent se produire du côté des fibromes sous-muqueux et donner lieu à une véritable métrite gangreneuse. L'avortement agit comme l'accouchement, nous n'y insisterons par davantage.

Enfin, pour en finir avec les agents mécaniques, nous ajouterons que toutes les causes capables de déterminer des contractions de l'utérus peuvent, dans une certaine mesure, produire des phénomènes de mortification ; mais parmi ces agents, nous nous arrêterons un peu sur la présence de la tumeur, l'ergot de seigle et l'électrothérapie.

Tout d'abord, cette production pathologique suffit, par sa présence seule, pour déterminer des modifications organiques importantes du côté de l'utérus et du vagin.

Ces modifications sont, d'une part, une hypertrophie plus ou moins accentuée du muscle utérin ; d'autre part, un degré plus ou moins marqué d'endométrite chronique, donnant lieu à une sécrétion inflammatoire très irritante.

La matrice hypertrophiée possède une contractilité plus grande, ce qui entraîne fatalement des troubles vasculaires par compression.

L'inflammation de l'endométrite se propageant à la capsule d'enveloppe du fibrome où siègent la plupart des vaisseaux, détermine des phénomènes de phlébite et d'artérite suffisants pour entraîner des troubles nutritifs du côté du néoplasme. L'œdème et le ramollissement seuls du fibromyome ou la dégénérescence gangreneuse, seule ou associée au ramollissement œdémateux, peuvent en être la conséquence,

C'est également par le mécanisme des contractions utérines que l'ergot a pu, dans certains cas, produire des phénomènes de gangrène du côté des fibromes et de la matrice. En effet, si l'ergotine prise en potion ou administrée en injections sous-cutanées suivant la méthode d'Hildebrandt, a déterminé parfois sans complications l'expulsion spontanée de ces myomes, il n'en est pas toujours ainsi; et assez souvent, si les doses données ont été fortes, elle a amené le sphacèle de la tumeur avant de l'éliminer. Broca¹ rapporte un fait semblable. C'est une femme épuisée par des pertes sanguines incessantes; mais elle n'est qu'anémique, ne présentant aucun symptôme de septicémie. Les pertes redoublent et, pour arrêter les hémorragies, on donne de l'ergot. Le premier effet des contractions utérines est de supprimer l'écoulement sanguin et de le remplacer au bout de quelques jours par un suintement de sérosité très fétide. En même temps on voit apparaître quelques symptômes généraux en rapport avec les phénomènes de gangrène qui se produisent du côté de la tumeur.

Dans l'observation suivante, la gangrène se produit brusquement sous l'influence de l'ergot et l'expulsion n'a lieu qu'après.

¹ Broca, *Traite des tumeurs*, 1869.

OBSERVATION VI (résumée).

(Recueillie par Martin, interne des hôpitaux, dans le service de M. Gosselin, *Bull. de la Société anatomique*, 1863.)

Tumeur fibreuse de l'utérus. — Sphacèle de cette tumeur sous l'influence de l'ergot et expulsion partielle. — Péritonite. — Mort.

É..., trente-huit ans, entre à l'hôpital pour des ménorragies abondantes qui durent dix jours. Cet état persiste depuis quatre ans. Le diagnostic de tumeur fibreuse interstitielle est porté.

Dans le service, la malade présente encore les mêmes hémorragies.

On ordonne un tamponnement avec des bourdonnets de charpie imprégnés d'une solution de perchlorure de fer au tiers. Mais ce tamponnement occasionne de telles douleurs qu'on est obligé bientôt de l'enlever. On prescrit alors : repos, glace sur le ventre et dans le vagin; teinture de cannelle.

Amélioration notable pendant un mois. L'appétit était revenu, les forces avaient un peu augmenté. Pas d'écoulement.

Au moment du retour des règles, nouvelle hémorragie. On donne alors de l'ergotine. Au bout de deux ou trois jours, coliques utérines violentes, et brusquement symptômes de septicémie. Expulsion spontanée au prix de vives douleurs, rappelant celles de l'accouchement d'un fibrome gangrené d'odeur repoussante, du volume d'une tête de fœtus de six mois.

Le lendemain, nouveaux frissons. Nouvelle expulsion du fibrome, du volume d'un œuf de poule.

Les jours suivants, les signes de péritonite s'accusent, et la mort survient trois jours après.

Ces faits et d'autres semblables qu'il nous serait facile

de citer nous montrent nettement l'action funeste que peut exercer parfois l'ergot.

Bien plus souvent encore, de semblables accusations ont été portées contre le traitement électrique appliqué suivant la méthode d'Apostoli ou suivant celle de Lucas-Championnière et Danion.

Potherat¹ regarde « l'électrisation sans précautions ou avec des intensités très élevées comme une condition du sphacèle par ischémie ». Il rapporte le fait d'une malade électrisée chaque jour pour un volumineux polype intra-utérin. Il se sphacèle. La malade ne veut pas consentir à l'opération et ne tarde pas à succomber.

Notre observation VII est celle d'une femme atteinte d'un énorme fibrome utérin traité par la méthode d'Apostoli. Au bout de deux mois de ce traitement, une ulcération se produit au niveau du col; des phénomènes de gangrène se déclarent du côté de la tumeur et emportent la malade en peu de temps.

OBSERVATION VII (inédite)

(Service de M. le Dr Vincent).

Enorme fibrome utérin. — Electrisation. — Mort par gangrène du fibrome et péritonite.

M... Marie, âgée de quarante-cinq ans, entre le 31 août 1895, dans le service de M. le professeur agrégé Vincent.

Rien à relever dans les antécédents héréditaires. Réglée régulièrement depuis l'âge de seize ans.

Un accouchement normal à vingt-deux ans, Pas de fausse couche,

¹ Potherat, *loc. cit.*

Depuis plusieurs années, la miction était devenue douloureuse et difficile; les règles duraient six ou sept jours, mais elles n'étaient pas douloureuses.

Peu à peu les ménorragies ont augmenté, et depuis mai 1895 les pertes rouges sont continuelles. A partir de juin 1895, la malade ressentit des douleurs hypogastriques qui sont toujours allées en augmentant, et qui s'irradient sous forme d'élançements le long des membres inférieurs. En août seulement, elle s'aperçut que son ventre grossissait.

A son entrée à l'hôpital, la malade a un facies légèrement décoloré et anémié; néanmoins, son état général est encore bien conservé. L'appétit est normal; les digestions sont bonnes. Constipation opiniâtre. Pas de fièvre.

Les signes fonctionnels énoncés plus haut ont progressé. Les douleurs ont augmenté, les mictions sont plus pénibles. Les urines, cependant, sont claires et ne contiennent pas d'albumine. Les pertes rouges sont assez abondantes, mais elles ne dégagent aucune odeur spéciale. Pas de pertes blanches.

A l'examen physique, on sent par le palper abdominal une tumeur volumineuse, surtout développée du côté gauche et remontant à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Le col utérin est déplacé latéralement. L'hystéromètre ne peut être introduit dans la matrice que sur une longueur de 3 à 4 centimètres à peine.

Le palper et le toucher combinés montrent une tumeur dure, volumineuse, enclavée dans le petit bassin et à peu près immobile.

En présence de cet énorme fibrome, on hésite à faire une hystérectomie et on se limite à un traitement purement palliatif, calmant la douleur par les opiacés et réprimant les hémorragies par l'électrisation.

25 septembre 1895. — La malade dit se trouver assez bien de l'emploi de l'électrisation. Une séance le matin suffit pour supprimer presque complètement, dit-elle, les douleurs et les pertes rouges pour le reste de la journée.

On continue donc la méthode d'Apostoli.

28 octobre 1895. — Le col utérin présente depuis quelques jours

une ulcération circulaire, qui va se creusant de plus en plus et s'agrandit rapidement.

14 novembre. — L'état général devient mauvais ; amaigrissement, nausées, vomissements, perte d'appétit ; frissons. Ecoulement légèrement fétide par la vulve.

On supprime l'électricité et l'on ordonne des lavages antiseptiques.

20 novembre. — Etat stationnaire. Lavages fréquents. A chaque lavage, c'est l'expulsion de tissu sphacélé en grande abondance. En une séance, on enlève la valeur d'un verre.

15 décembre. — Etat de plus en plus grave. Les phénomènes de septicémie chronique augmentent. Affaiblissement et cachexie progressifs. Troubles cérébraux. Œdème des membres inférieurs. La température monte à 40 degrés le soir.

20 décembre. — Mort par péritonite.

L'autopsie n'a pas été faite.

Comment l'électricité peut-elle produire ces phénomènes de gangrène ?

Tout d'abord comme l'ergot par le mécanisme des contractions utérines, mais à ce premier mode s'en ajoutent d'autres plus efficaces. L'électrode que l'on place dans le vagin ou dans l'utérus est bien difficile à entretenir dans un état parfait d'asepsie et détermine facilement une infection. Enfin, quand l'intensité du courant est très forte (250 mille ampères, comme le demande Apostoli), une lésion de la muqueuse, une ulcération est vite produite. Voilà donc une porte ouverte à l'infection ; les microbes n'auront qu'à choisir la voie qui leur conviendra le mieux : vaisseaux sanguins ou vaisseaux lymphatiques.

La suppuration se produira encore bien plus facilement quand, au lieu de placer simplement l'une des électrodes dans la cavité utérine, on l'introduit par une ponction au

milieu de la tumeur. Cette méthode est réellement dangereuse ; aussi tous les auteurs sont d'avis qu'il vaut mieux y renoncer.

Mêmes résultats déplorables avec les injections d'ergot, non plus dans le tissu cellulaire sous-cutané, comme le recommande Hildebrandt, mais directement dans la tumeur, comme l'ont proposé Heurteaux¹, Schucking², Jaurès³.

Ces redoutables complications ne sont pas à craindre avec la méthode de MM. Laroyenne et Condamin, appliquée strictement suivant la description qu'en donne M. le Dr Repelin⁴ dans sa thèse inaugurale.

En effet, les crayons de chlorure de zinc employés dans le traitement palliatif de certains fibromes utérins n'ont jamais déterminé d'accidents gangreneux. Cantas⁵ n'en relate aucun cas : « Sur plus de deux cents fibromes traités par les crayons de chlorure de zinc à la clinique de M. Laroyenne, on n'a eu à déplorer aucune mort, ni même quelque complication qui ait pu susciter des inquiétudes sérieuses. » Nous avons consulté, à ce point de vue spécial, des observations de malades à qui on avait appliqué trois, quatre crayons ; nous n'avons relevé aucune complication de ce genre. Ajoutons à cela que cette

¹ Heurteaux, *Journal méd. de l'Ouest*, 1878.

² Schucking, *Berlin. klin. Woch.*, 1882.

³ Jaurès, *G. des H.*, n° 40.

⁴ Repelin, *Trait. de certains fibr. ut. par les crayons au chlorure de zinc*, th. de Lyon, 1893.

⁵ Cantas, *Des résultats éloignés du trait. de certains fibromes utérins par les crayons de chlorure de zinc*, th. de Lyon, 1896.

méthode n'est pas contre-indiquée, comme celle d'Apostoli, dans les cas de lésions suppurées ou non des annexes, et nous comprendrons facilement la supériorité des crayons de chlorure de zinc sur l'électrothérapie.

Avec certains facteurs mécaniques, nous avons déjà commencé à voir le rôle de l'infection dans la production du sphacèle, mais beaucoup d'autres agents peuvent agir par le même mécanisme et réaliser la suppuration et la putréfaction des fibromes. C'est ainsi qu'une exploration utérine peut être le point de départ d'accidents infectieux du côté de ces néoplasmes.

Dans une de ses leçons, Verneuil insiste sur les dangers du toucher vaginal dans ces conditions, et montre avec quelle prudence on doit aborder ces vieux foyers pathologiques qui deviennent si facilement le point de départ d'accidents inflammatoires. Il parle d'un cas de polype utérin de son service. Il pratique seul le toucher le 22 avril; le lendemain 23, la malade est prise de péritonite et succombe le 24. A l'autopsie, on trouve 1 litre de pus dans le péritoine. Il cite également plusieurs cas de péritonite mortelle survenue dans ces circonstances.

A l'appui de cette idée, nous avons rapporté l'observation suivante :

OBSERVATION VIII

(M. le professeur Poncet, *Gazette médicale de Paris*,
16 mars 1878).

Myome utérin. — Péritonite suraiguë après un toucher vaginal. — Mort.

Marie D..., célibataire, âgé de trente-huit ans, née à Saint-

Marcel-l'Eclair (Rhône) où elle exerce la profession de cultivatrice, est entrée à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 16 février 1876 (salle Sainte-Anne, service de M. le professeur Desgranges.

Le début de la tumeur remonte à quatre ans ; la malade s'aperçut à cette époque que son ventre grossissait ; depuis lors, quelques rares coliques, menstruation irrégulière. Etat général bon, pas d'amaigrissement.

11 février. — La malade est examinée au moment de la visite. Le ventre est volumineux, ovoïde ; le développement paraît s'être fait surtout de bas en haut, d'avant en arrière, et non transversalement.

A la pression, tumeur dure, un peu résistante, pas de vibration transmise, nulle part de douleur. M. Desgranges pratiqua le toucher vaginal avec toutes les précautions usuelles et reconnut, dans le cul-de-sac inférieur, la lèvre postérieure du col considérablement augmentée de volume, poussant une tumeur molle, faussement fluctuante ; elle avait été refoulée et comme étalée par le myome développé aux dépens de la paroi postérieure et du bas-fond de l'utérus. La lèvre antérieure, amincie, donnait au doigt passé au-dessous d'elle la sensation d'une corde fibreuse de 3 ou 4 millimètres d'épaisseur.

Je fis, après M. Desgranges, dont j'étais le chef de clinique, un second toucher vaginal.

Ce double toucher vaginal, à quelques secondes d'intervalles, fut la seule exploration à laquelle on soumit la malade.

Cet examen eut lieu vers les 9 heures du matin ; la nuit suivante, vers les 11 heures du soir, la malade qui, à la contre-visite de 4 heures, avait accusé un peu de malaise, fut prise d'un frisson violent, puis de fortes coliques, de vomissements.

12 février. — La malade est dans un état des plus alarmants. facies grippé, anxieux.

Elle est dans une agitation extrême et ne peut rester ni assise ni couchée ; l'ensemble des symptômes qu'elle présente rappelle ceux de certaines formes de gangrène foudroyante. Pouls petit, 120 ; ventre ballonné, très douloureux à la plus légère pression, vomissements continuels.

13 février. — La nuit a été très agitée ; face cyanosée, dyspnée, vomissements, pouls imperceptible. Mort à midi, quarante-huit heures après le début des accidents.

Autopsie. — Il existe dans le petit bassin une quantité assez notable d'un liquide séro-sanguinolent d'une coloration brun foncé, la quantité de liquide peut être évaluée à un demi-litre environ.

On ne voit nulle part d'exsudat, de fausses membranes ; la séreuse péritonéale paraît dépolie, moins brillante qu'à l'état normal. Aucune adhérence à la tumeur. Cette dernière est absolument confondue avec l'utérus, qui ressemble à un utérus à la fin de la gestation et qui est considérablement augmenté de volume. On enlève aisément la tumeur. Poids, 12 kilogrammes ; hauteur, 42 centimètres ; largeur, 30 centimètres.

Elle forme une masse unique, ovoïde, régulière. Quant à la tumeur mollassée que l'on sentait par le toucher vaginal, elle n'est autre que la lèvres postérieure du col, augmentée de volume, étalée par le fait du développement de la masse morbide dans son épaisseur. La muqueuse à ce niveau est épaisse, très vasculaire.

La cavité utérine est ouverte sur un long stylet que l'on fait pénétrer par le col ; on reconnaît alors qu'elle est réduite à un espace triangulaire, dont un des côtés, celui qui aboutit à la trompe droite, remonte très haut. Mesurée suivant cette direction, la longueur de la cavité utérine n'est pas moindre de 30 centimètre. Sur une coupe antéro-postérieure, on voit que la tumeur circonscrit complètement toute la cavité utérine ; mais c'est aux dépens de la paroi postérieure et du bas-fond de l'organe qu'elle s'est développée ; on ne trouve plus, en effet, dans ces divers points, de trace de la paroi utérine et le myome est directement recouvert par le péritoine. A la partie antérieure, la paroi de l'utérus est, au contraire, hypertrophiée, elle va en s'amincissant de bas en haut, mesurant dans sa plus grande épaisseur 3 ou 4 centimètres. D'une teinte blanchâtre, la muqueuse utérine ne nous a pas paru altérée.

Les trompes et les ovaires étalés à la surface de l'utérus, n'offraient aucune particularité.

La tumeur est constituée par un tissu fibroïde, blanchâtre, dur :

sur une surface de section, elle paraît formée par de gros faisceaux fibreux, irrégulièrement disposés et séparés les uns des autres par un tissu celluleux, lâche, peu abondant. Au milieu de ces lobules cheminent de gros vaisseaux, des veines volumineuses, dont quelques-unes restent béantes comme les sinus utérins.

L'examen histologique de cette tumeur nous a montré que c'était un myome lobulé.

Dans cette observation très intéressante, il s'agit donc d'une femme atteinte d'un fibrome chez laquelle on voit survenir, quelques heures après un toucher vaginal fait avec les précautions ordinaires, une péritonite suraiguë qui a une terminaison fatale. Dans ces cas, le toucher, si réservé qu'il soit, détermine une érosion de la muqueuse et, par cette surface ulcérée, s'absorbent des produits toxiques qui empoisonnent l'organisme.

Une application de spéculum, un cathétérisme de la cavité utérine, une dilatation du col ont pu, dans certains cas, agir par le même mécanisme et faire éclore des accidents septicémiques des plus redoutables.

Ces explorations des organes génitaux internes, si inoffensives en temps ordinaire, revêtent ici un certain caractère de gravité par suite des circonstances spéciales dans lesquelles se trouve placée la malade. En effet, on peut comparer la femme atteinte de lésions inflammatoires ou néoplasiques de l'utérus à la femme en pleine période menstruelle. Chez les deux, la matrice et ses annexes sont le siège d'une fluxion sanguine abondante, d'une hyperémie considérable, qui constituent des conditions très favorables au développement d'accidents inflammatoires. La moindre blessure ouvrira une large porte à l'infection qui pourra rapidement envahir tout l'orga-

nisme. Aussi, à moins d'indications particulières, les moyens d'investigation, même les plus simples, sont-ils sagement laissés de côté dans ces conditions.

Une intervention incomplète, comme l'excision partielle d'un polype prolabé dans le vagin, a pu parfois n'avoir aucun résultat fâcheux ; mais il n'en est pas toujours ainsi. Merner¹, dans sa thèse, insiste sur les dangers de l'extirpation partielle des polypes. Il rapporte plusieurs observations de corps fibreux prolabés dans le vagin, indemnes de toute gangrène jusqu'au jour où l'on excise la partie que l'on peut atteindre, comptant sur les contractions utérines pour expulser le reste. Malgré des injections et des pansements antiseptiques, le sphacèle apparaît après l'opération et du fait de l'opération, et a comme conséquence la mort par septicémie.

Même résultat dans certains cas où l'on a pratiqué un curetage par erreur de diagnostic croyant avoir affaire à une métrite fongueuse, alors que l'on se trouve en présence d'un fibrome sous-muqueux s'annonçant par des hémorragies.

Le tamponnement lui-même, que l'on fait si souvent quand une métrorragie persiste, a pu déterminer la suppuration des fibromes surtout, si au lieu d'être provisoire, il a été maintenu quelque temps. Richet² y insiste et rapporte des cas où ce facteur est évidemment en cause. Il agit soit en déterminant des ulcérations, des érosions de la muqueuse, soit en empêchant l'écoulement naturel vers le vagin des produits sécrétés et en favorisant leur stagna-

¹ Merner, th. de Paris, 1882.

² Richet, Complic. des polypes de l'utérus (*G. des hôp.*, 1865).

tion et leur absorption. Enfin parfois il peut agir comme agent provocateur des contractions de l'utérus et déterminer ainsi des troubles circulatoires.

Dans tous les cas que nous venons de passer en revue, c'est un traumatisme chirurgical qui est en cause et ouvre la porte à l'infection : un traumatisme accidentel par exemple, un coup sur l'abdomen, une chute, etc., peut avoir le même résultat.

Enfin, tous les agents capables de déterminer l'inflammation du fibrome ou de sa capsule celluleuse peuvent être considérés comme des causes de sphacèle. Telles sont les inflammations du voisinage, suppurées ou non, métrites, paramétrites, annexites ; telles sont également les maladies générales.

Soit en provoquant des thromboses, des phlébites, des artérites, soit en déterminant l'œdème, l'inflammation, la calcification de la coque, elles aboutissent au même résultat, à la nécrobiose, au sphacèle des éléments constitutifs du fibrome.

CHAPITRE IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Dans ce chapitre, nous étudierons successivement les lésions que présentent les fibromes gangrénés ; puis les modifications de l'utérus et des autres organes dans ces circonstances.

Nous devons d'abord préciser le siège de la gangrène dans le myome. Avec Lejars et Potherat¹, nous admettons que tantôt elle est totale, frappant toute la masse fibromateuse, tantôt superficielle, c'est-à-dire laissant intact un noyau central plus ou moins volumineux qui conserve son aspect nacré et sa consistance ferme. La première est d'origine mécanique, elle est due à l'ischémie ; la seconde est d'origine inflammatoire, elle est due à l'infection. Mais comme le plus souvent le processus gangréneux est dû à l'élément mécanique et à l'élément infectieux combinés, la topographie du sphacèle dans le fibrome peut être plus ou moins modifiée : totale dans certains cas, partielle n'affectant qu'une partie plus ou moins étendue de la tumeur dans d'autres cas. Exceptionnellement elle est simplement centrale.

Quant à l'endroit où elle se produit, il faut distinguer

¹ Lejars et Potherat, *loc. cit.*

la gangrène intra-utérine et la gangrène vaginale. Balade ¹ n'admet pas la gangrène intra-utérine. « Un corps fibreux, dit-il, ne se gangrène point tant qu'il est enfermé dans la matrice, et tant qu'il n'a point franchi le col de l'utérus. » Cette assertion nous paraît fausse, et avec Merner ², Katz ³, Lasnier ⁴, nous pensons que le sphacèle peut se produire dans l'utérus comme dans le vagin. Les exemples de fibromes putréfiés n'ayant pas encore franchi le col sont assez fréquents pour justifier notre opinion. La gangrène intra-utérine est d'un pronostic plus grave ; car l'extraction complète de ce foyer putride est plus difficile, et il reste presque toujours des débris sphacelés qui intoxiquent sans cesse l'organisme.

Les différentes variétés de fibromes, les fibromes péritonéaux, interstitiels, sous-muqueux, les polypes, peuvent tous être éliminés par la gangrène ; mais avec une fréquence variable. En effet, le plus souvent ce sont les fibromes sous-muqueux et les polypes qui sont expulsés de cette manière. Ces derniers subissent le plus ordinairement le sphacèle, c'est-à-dire la gangrène due à l'infection ; les interstitiels et les péritonéaux sont plus sujets à la nécrobiose, c'est-à-dire à la gangrène par ischémie.

Les volumineux fibromes, ceux que Pozzi ⁵ appelle « énormes polypes utéro-vaginaux » se gangrènent plus

¹ Balade, *loc. cit.*

² Merner, *loc. cit.*

³ Katz, *loc. cit.*

⁴ Lasnier, *loc. cit.*

⁵ Pozzi, *Revue de chirurgie*, 1885.

facilement que les petites tumeurs fibreuses ; car ici le poids de la tumeur, les phénomènes de compression auxquels la soumettent les parois du petit bassin, le contact du néoplasme avec l'air ont une grande influence sur le fibrome et la muqueuse vaginale pour en déterminer le sphacèle.

L'odeur des myomes utérins gangrenés est d'une horrible fétidité qui devient rapidement insupportable, et pour la malade, et pour l'entourage. Pratiquez un toucher vaginal et vous serez poursuivi longtemps encore après, malgré les lavages répétés, par cette odeur infecte d'une ténacité et d'une persistance remarquables. Elle est tout à fait particulière, se rapprochant, de loin il est vrai, de l'odeur *sui generis* du cancer utérin. Elle diffère également de l'odeur du placenta retenu dans la matrice et putréfié. M. le professeur Depaul prétend le diagnostic facile pour quiconque en a l'habitude et déclare tout à fait caractéristique l'odeur du placenta putréfié.

La partie sphacélée a une couleur noirâtre, d'un noir brunâtre, et se distingue facilement de la partie encore saine qui est grisâtre, d'un gris rosé. Ces plaques noirâtres sont tantôt disséminées, laissant entre elles des intervalles sains, tantôt au contraire confluentes et agglomérées, formant ainsi une sorte d'enveloppe noire au fibrome.

Le volume est aussi modifié. Au début, le tissu malade augmente de volume et est infiltré d'une sérosité infecte et brunâtre, au milieu de laquelle on voit des bulles de gaz qui crépitent sous le doigt et pénètrent au loin dans les diverses vacuoles de la tumeur.

Ce sont ces gaz qui, portés à l'extérieur, produisent cette odeur horriblement fétide dont nous avons parlé.

Plus tard, la tumeur diminue de volume quand les progrès de la gangrène lui ont fait éliminer une partie plus ou moins grande de sa substance.

La consistance des fibromes sphacelés est différente de celle des myomes sains. Suivant que la gangrène a envahi une plus ou moins grande partie de la tumeur, le myome est plus ou moins ramolli. Quand la gangrène n'est que partielle, on trouve à côté des parties dures, fibreuses, des points ramollis qui s'effritent et se désagrègent assez facilement. Si la gangrène est totale, on trouve alors une véritable bouillie et c'est à peine si çà et là on distingue quelques parties saines. Ce dernier aspect se rencontre surtout dans les énormes polypes utéro-vaginaux dits également tumeurs en sablier, parce qu'ils sont inclus en partie dans la cavité utérine, en partie dans le vagin. Le point le plus gangrené est habituellement celui qui faisait saillie dans le vagin ; c'est lui qui est le plus mou, et cette mollesse est d'autant plus caractéristique qu'à mesure qu'on se rapproche du pédicule, la tumeur devient plus dure. Dans certains cas, la consistance du fibrome est dure, analogue à celle de la pierre ; on a alors affaire à un fibrome calcifié, dont l'élimination est due à l'inflammation et à la suppuration de la couche celluleuse environnante.

La forme de la tumeur a subi également quelques modifications : au lieu d'un corps revêtant le plus généralement l'aspect piriforme si c'est un polype, ou bien une forme plus ou moins arrondie si c'est un fibrome sous-muqueux ou interstitiel, on a sous les yeux une masse irrégulière plus ou moins déchiquetée et ulcérée. Enfin, dans certains cas, le néoplasme a pris la forme d'un sablier,

d'une gourde de pèlerin, comme nous l'avons dit plus haut.

A la coupe de la tumeur, tantôt on retrouve les caractères d'un fibrome normal, tantôt, au contraire, l'aspect a complètement changé. On y voit des géodes anfractueuses plus ou moins volumineuses, plus ou moins nombreuses, remplies de pus et de débris sphacelés et on cite même des cavités kystiques contenant plusieurs litres de pus. Parfois, çà et là, des foyers hémorragiques, des parties ramollies, des points de dégénérescences diverses. Meslay et Hyenne¹ ont bien étudié ces dégénérescences. Ils rejettent les dégénérescences cartilagineuse et osseuse qui n'ont pas encore été démontrées, et la dégénérescence carcinomateuse qui ne leur semble pas admissible, en raison même de la structure histologique et de l'origine embryonnaire des tissus conjonctif et musculaire qui constituent les fibromyomes.

La dégénérescence fibreuse est une des plus fréquentes ; elle est due à une diminution de la circulation. Les vaisseaux sont rares dans les points où elle existe. Ce fait constant explique la production au sein des placards de dégénérescence fibreuse, de portions nécrosées par défaut de nutrition. La dégénérescence calcaire se rattache également à une grande diminution de la circulation. La dégénérescence que Meslay et Hyenne appellent œdémateuse (myxomateuse, muqueuse des auteurs) leur paraît être l'origine la plus fréquente des cavités petites (géodes) ou grandes (tumeurs fibro-kystiques) qu'on observe dans les

¹ Meslay et Hyenne, *Ann. de gynécologie et d'obstétrique*, juillet 1898.

fibromyomes utérins. — Enfin ils décrivent longuement la dégénérescence sarcomateuse ; les auteurs l'ont vue se développer aux dépens des vaisseaux (origine endo- et péri-vasculaire) qu'elle arrive à combler dans certains cas, donnant ainsi naissance à une nécrose consécutive et à la formation de cavités pseudo-kystiques.

A l'examen microscopique du myome sphacélé, on trouve les faisceaux du tissu conjonctif dissociés et transformés en une masse granulo-graisseuse. On voit en outre des globules sanguins altérés, de l'hématine, des cristaux de graisse (Wirchow) et de la leucine (Waldeyer). Busch¹ a décrit longuement les cristaux de matière grasse et leur a donné le nom d'inostéarine; il a cru, bien à tort, qu'il s'agissait d'une espèce particulière de tumeurs qu'il a appelées inostéatomes.

Nous avons fini avec l'étude anatomie pathologique du fibrome gangrené; voyons maintenant quelles sont les lésions que l'on rencontre du côté de l'utérus et des organes du petit bassin. Le volume de l'utérus est augmenté; il est doublé, triplé. Au lieu d'avoir, comme normalement, 6 ou 7 centimètres de longueur sur 4 ou 5 centimètres de largeur, la matrice présente des dimensions bien plus considérables. Dans les diverses observations où les mensurations ont été relevées, nous notons les chiffres suivants : 14 centimètres de hauteur sur 13 centimètres de largeur (obs. de Labat²), 22 centimètres de diamètre vertical, 31 centimètres de circonférence au tiers supérieur, 37 centimètres au tiers moyen (obs. de Demarquay³).

¹ Busch, *Müllers Archiv*, 1851, page 358.

² Labat, *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1874.

³ Demarquay, *Gaz. des hôpitaux*, 1878.

Le poids subit également une augmentation en rapport avec celle du volume.

Parfois la forme générale de l'organe n'est pas modifiée; d'autres fois, au contraire, la matrice forme une tumeur énorme à surface irrégulière et bosselée.

Libre et sans adhérences dans certains cas, l'utérus a conservé sa mobilité et son indépendance vis-à-vis des parties voisines; dans d'autres cas, des brides péritonéales le fixent aux organes du voisinage et l'immobilisent complètement. Là, la surface péritonéale est seulement dépolie, moins brillante qu'à l'état normal; ailleurs les signes de péritonite sont plus accusés; on trouve dans le petit bassin un liquide purulent en quantité plus ou moins notable. Les anses intestinales sont agglutinées par des fausses membranes et baignent dans le pus; les trompes, les ovaires, les ligaments larges sont également souvent envahis par la suppuration.

Quelquefois les adhérences, l'exsudat n'ont pas eu le temps de se former; empoisonnée, la malade a succombé avant que la péritonite ait eu le temps d'évoluer, de se traduire à l'autopsie par des lésions manifestes, alors cependant que son existence n'avait pu être méconnue pendant la vie. Comme le dit M. le professeur Poncet¹ : « On a affaire cliniquement à une péritonite septicémique dans toute l'acception du mot; anatomiquement, c'est une péritonite sans lésions : *sine materia*. »

Enlevons maintenant l'utérus de la cavité abdominale et incisons-le. Le muscle utérin le plus souvent est résistant au doigt et hypertrophié; plus rarement il est mou e

¹ Poncet, *loc. cit.*

friable. On reconnaît facilement la surface d'implantation de la tumeur, tantôt large, tantôt limitée et étroite.

La muqueuse congestionnée et ramollie présente des lésions d'endométrite interstitielle dans les points où elle revêt le fibrome, d'endométrite glandulaire dans les autres points. Par places elle est gangrenée, ulcérée, mortifiée.

La cavité utérine est augmentée, occupée par les débris du fibrome sphacélé qui tend à s'éliminer à travers le col utérin.

Lorsque la gangrène s'est produite dans le vagin, les lésions sont surtout accusées de ce côté, où l'on trouve une muqueuse congestionnée, ramollie, ulcérée par places, présentant çà et là des plaques noires de sphacèle.

Parfois même on rencontre des perforations. Dans l'observation X, nous relevons deux perforations, l'une sur la cloison recto-vaginale, l'autre sur la cloison vésico-vaginale.

D'autres fois, le polype accouché dans le vagin y contracte des adhérences avec les parois et voici comment : Quand la tumeur est accouchée dans le vagin, des modifications profondes surviennent du côté de la muqueuse. Dans certains cas, la nature de l'épithélium change ; de cylindrique il devient pavimenteux stratifié (Goetze)¹. Dans d'autres, la muqueuse s'ulcère, se détruit, et c'est alors que, si la muqueuse du vagin et de l'utérus subit en des points correspondants des modifications semblables, les deux plaies ainsi formées s'unissent par une cicatrice qui constitue une adhérence.

¹ Goetze, th. d'Iéna, 1886.

Par la vulve s'écoule un liquide sanieux, noirâtre, à odeur fétide, rappelant l'odeur des matières putréfiées. Il contient des débris de membranes sphacélés; dans certains cas, il peut être constitué par du pus plus ou moins épais. Cet écoulement est très irritant, il détermine l'œdème des grandes lèvres et l'érythème de la partie supéro-interne des cuisses. Dans ce liquide, comme du reste dans le fibrome sphacélé, les recherches bactériologiques y ont décelé des microbes. Braun, Hecker, Carter, Mann, Fenerly, Tyson, Maisonneuve y ont tous vu et décrit des micro-organismes. Damas¹ signale, comme agents les plus fréquents : le streptocoque, staphylocoque, le streptobacille. Ces microbes existent seuls ou associés. La seule forme constante, c'est le streptocoque. Ils sont la cause des complications infectieuses que l'on voit dans l'évolution des fibromes.

Normalement, leur virulence est faible. Les animaux meurent de septicémie à assez longue évolution ou guérissent après quelques jours de maladie. Mais sous diverses influences, ces agents peuvent prendre une virulence très grande et déterminer des accidents très redoutables.

Raymond¹ et Depla², dans un myome suppuré, ont aussi trouvé le côté bacille. On peut y rencontrer également tous les microbes de la flore vulvo-vaginale; et, comme on le sait, ils sont nombreux les micro-organismes que l'on a constatés dans le vagin.

Haussmann, Kustner, Lomer, Beimm, Fraenkel, Goen-

¹ Dumas, th. de Lyon, 1896.

² Raymond, *loc. cit.*

³ Depla, *loc. cit.*

ner, Doederlein, Off, etc., y ont tous retrouvé des microbes pathogènes. Les plus importantes de ces recherches ont été faites par Winter¹. Ce dernier a isolé dans les sécrétions vaginales jusqu'à vingt-sept espèces différentes, microcoques et bacilles.

Signalons enfin la publication récente de Hartmann et Mignot² : ces auteurs ont trouvé dans un myome interstitiel suppuré et gangrené un microbe anaérobie qui existait seul, mais très abondant dans le pus de la capsule des fibromes. Il semble donc que ce soit lui qui ait été la cause de la suppuration putride de ce myome. Ce microbe a été trouvé par ces mêmes auteurs dans un kyste suppuré du vagin à contenu putride et dans une péritonite enkystée d'origine annexielle, de même à contenu putride. Dans ce cas, ce parasite, dont la présence fut constatée plusieurs fois dans le vagin par d'autres auteurs, avait été apporté au myome par les lymphatiques ; on trouvait en effet autour des vaisseaux, d'énormes trainées leucocytiques. Au niveau de la capsule du fibrome, l'infiltration des leucocytes était si abondante qu'il y avait là une véritable nappe purulente ; en même temps, les vaisseaux étaient thrombosés et le fibrome se sphacélait à son centre.

Ces divers micro-organismes, que nous venons de citer, sont donc les agents de l'infection des myomes. Ils viennent pour une faible part de la circulation et pour la plus grande part de la cavité cervicale et du vagin. Parfois ils proviennent des organes voisins infectés, vessie, rectum, et

¹ Winter, Die Microorganismen im genital Kanal der Frau (*Zeitsch. f. Geb. und Gynäk.*, Bd. XIV).

² Hartmann et Mignot, *Ann. de gyn.*, juin 1896.

empruntent la voie transpariétale, comme nous l'avons déjà établi plus haut.

Terminons enfin cette histoire anatomo-pathologique en ajoutant que l'infection souvent ne reste pas localisée aux organes génitaux ; elle se généralise et l'on trouve alors toutes les lésions de la pyohémie, c'est-à-dire des abcès dans la plupart des organes. Ces suppurations sont dues à des embolies et se rencontrent surtout dans les poumons, le foie, le rein, comme le démontre l'observation suivante :

OBSERVATION IX (résumée).

(Delestre, *Presse médicale*, 19 mars 1898).

*Fibrome utérin sphacélé. Ablation par morcellement.
Mort par septicémie*

Autopsie. — Abcès miliaires du foie, du rein et du poumon.
Suppuration des ligaments larges.
Trompe sphacélée et pleine de pus.

CHAPITRE V

ÉTUDE CLINIQUE

Symptômes. — Les signes qui annoncent la gangrène des fibromes utérins sont ordinairement précédés des symptômes propres aux corps fibreux simples.

Pendant une période de durée variable, mais qui comprend en général plusieurs années, la malade se plaignait de douleurs lombaires et abdominales ; des pertes rouges qui n'étaient d'abord qu'une exagération du flux cataménial n'ont pas tardé à se produire dans l'intervalle des règles et à constituer une hémorragie quotidienne et permanente qui se mêlait à un écoulement de sérosité blanchâtre, à une leucorrhée profuse sans odeur spéciale.

Par moment, les douleurs névralgiques parcouraient les membres inférieurs ; la miction devenait difficile et la défécation était gênée. Des coliques utérines simulant celles du travail venaient donner à la malade l'illusion d'une grossesse. En un mot, pendant cette période on constatait les signes fonctionnels qui font soupçonner la présence d'un fibrome et, de fait, l'existence de ce dernier aura été démontrée manifestement si l'on a eu soin de pratiquer l'examen physique à ce moment.

L'état général était ordinairement assez bon ; les forces seules avaient un peu disparu par suite de l'anémie plus

ou moins prononcée due aux hémorragies répétées. L'appétit était encore conservé; la température était normale; aucun signe de septicémie; bref, on se trouvait en présence d'une malade anémiée mais non infectée.

Les choses en étaient à ce point lorsque, brusquement, le plus souvent à la suite d'un toucher, d'un examen, d'une cause occasionnelle quelconque, la scène change complètement. Tout à coup la femme est prise de douleurs expulsives rappelant celles de l'enfantement et, rapidement, on assiste au développement des signes péritonéaux ou septicémiques.

Quelquefois cependant le début n'a pas cette brusquerie, surtout quand il s'agit de gangrène spontanée. Ce n'est que petit à petit qu'apparaissent les symptômes caractéristiques du sphacèle, symptômes dont l'évolution ultérieure sera néanmoins fatale si l'on n'intervient pas immédiatement.

Que ces signes s'installent brusquement ou peu à peu, ils seront toujours les mêmes et le tableau clinique ne variera que par son évolution plus ou moins rapide.

Dès que la gangrène a envahi la tumeur, celle-ci, quand elle est sous-séreuse, augmente de volume, se ramollit, donne une sensation de fausse fluctuation et devient extrêmement sensible. Il ne tarde pas à se développer des symptômes de péritonite rapidement mortelle.

Exceptionnellement, le fibrome mortifié peut contracter des adhérences et s'éliminer au travers des parois abdominales.

Lorsque la tumeur est interstitielle ou sous-muqueuse, les signes physiques constatés varient un peu. L'inspection révèle l'écoulement par le vagin d'un liquide sanieux,

d'une sérosité roussâtre, d'abord mélangé de sang, puis noirâtre, renfermant avec des caillots des parties solides libérées par l'ulcération. L'odeur dégagée est caractéristique et frappe aussitôt ; elle est, comme nous l'avons dit plus haut, d'une fétidité extrême, analogue à celle des matières en putréfaction.

Ce liquide, très irritant, provoque l'œdème des grandes lèvres et l'érythème de la partie supéro-interne des cuisses. Parfois, la tumeur prolabe hors de la vulve et forme une masse plus ou moins volumineuse, irrégulière, bosselée, noirâtre ; sa surface extérieure présente de nombreuses traces de sphacèle, et il s'en détache des lambeaux gangrenés et infects.

Les ganglions inguinaux sont souvent pris. A la palpation abdominale, le fibrome semble diminué de volume plutôt qu'augmenté ; en effet, sous l'influence des contractions utérines, il est descendu un peu dans le vagin. La forme de l'utérus est plus ou moins bosselée, irrégulière. Son volume a augmenté ; la matrice est assez facilement perçue.

La recherche de cet organe à sa place normale, par les moyens d'investigation que nous possédons, ne doit jamais être négligée pour ne pas s'exposer à méconnaître une inversion utérine compliquée de fibrome gangrené.

Le toucher vaginal donne des renseignements un peu différents, suivant les circonstances. Si la tumeur est de volume moyen, on arrive facilement sur une masse molle, friable en certains points, dure en d'autres, qui représentent des parties non sphacélées. On reconnaît aisément son pédicule. On la sent bien libre, on la distingue du col et des parois du vagin avec lesquels, contrairement au

cancer, elle n'a que des rapports de contact. Le doigt peut en retirer des fragments putréfiés, d'odeur infecte dont on a de la peine à se débarrasser. Si l'on se trouve en présence d'un énorme polype utéro-vaginal, les sensations fournies par le toucher sont un peu différentes. Le doigt pénètre plus ou moins facilement dans le vagin. Ainsi, lorsque la gangrène est partielle et que la tumeur remplit toute l'excavation pelvienne, l'index est arrêté à la vulve et souvent on ne peut aller plus profondément qu'en occasionnant à la malade de très fortes douleurs. D'autres fois, au contraire, si la gangrène est totale, on a une véritable bouillie, et c'est à peine si çà et là on distingue quelques parties saines.

En tout cas, avec ces énormes polypes utéro-vaginaux, il est souvent impossible de sentir le col et de reconnaître le point d'implantation du néoplasme ; ce qui explique facilement les erreurs de diagnostic que l'on peut commettre.

Au toucher, combiné avec le palper abdominal, on sent une tumeur ordinairement volumineuse, remontant plus ou moins haut, parfois bien au-dessus de l'ombilic. Sa consistance est ferme. Elle est plus ou moins mobile. Quelquefois à peine mobile à sa partie supérieure par suite d'adhérences, elle est absolument immobile dans sa partie inférieure qui est enclavée complètement dans le petit bassin (obs. X).

Par le palper et le toucher combinés, on peut reconnaître aussi l'existence d'autres tumeurs développées aux dépens de l'utérus ou de ses annexes.

Les signes fonctionnels énoncés plus haut ont progressé. La malade souffre dans tout l'abdomen ; ces douleurs

s'irradient dans les lombes et dans les membres inférieurs ; le plus ordinairement elles revêtent le caractère expulsif, s'accompagnent de véritables contractions utérines et, de fait, la matrice essaie d'accoucher de ce néoplasme dangereux qui peu à peu descend dans le vagin. Les pertes sont devenues très abondantes, rouge foncé, avec des caillots d'odeur fétide. Les phénomènes de compression se sont accrus : constipation, rétention d'urine, œdème plus ou moins marqué des membres inférieurs.

L'état général est devenu très alarmant ; on se trouve en présence d'un organisme anémié et en même temps infecté.

Le facies est amaigri, d'une coloration voisine du jaune paille. Les lèvres sont pâles et décolorées ; les yeux sont excavés ; la faiblesse est extrême. Sueurs profuses, frissons répétés ; la température est le plus souvent élevée. La soif est vive ; l'anorexie est complète ; nausées, vomissements, parfois même diarrhée qui contribue encore à l'affaiblissement. Troubles cérébraux, agitation, insomnie, subdélire. Bref, il y a résorption de pus ; la septicémie avec son cortège symptomatique est là qui menace la vie de la malade. Les deux observations que nous rapportons ici nous donnent le tableau clinique type de ces énormes tumeurs utéro-vaginales gangrenées.

OBSERVATION X (inédite).

(Service de M. le professeur Poncet).

Fibrome utérin intra-vaginal putréfié. — Extirpation par morcellement. — Mort par septicémie. — Autopsie.

C... Marie, cultivatrice, quarante-sept ans, entre le 4 juillet 1898 à la salle Saint-Anne.

Ses antécédents héréditaires n'offrent rien à signaler. Régliée régulièrement depuis l'âge de seize ans, jusqu'à une époque que la malade fixe à environ une dizaine d'années. Mariée à dix-huit ans ; trois accouchements normaux. Pas de fausse couche. Bonne santé antérieure.

L'affection actuelle a débuté il y a environ dix ans, par des pertes abondantes, continuelles, quelquefois très rouges, d'autres fois claires ou jaunâtres. Ces pertes n'ont pas cessé un seul moment et, de temps en temps, elles obligeaient la malade à se mettre au lit huit ou quinze jours.

En même temps elle ressentait des douleurs violentes dans le bas-ventre, analogues à celles d'un accouchement. Ces douleurs s'irradiaient dans toutes les directions, dans les cuisses, vers les reins, vers l'estomac. Le point le plus douloureux était médian sus-pubien. La malade qui, au début, avait une diarrhée opiniâtre avec coliques très douloureuses, était plutôt constipée ces dernières années ; elles restait dix, douze jours sans aller à la selle. Du côté de la vessie, elle ressentait des douleurs violentes pendant qu'elle urinait : ces douleurs étaient si vives qu'elles lui faisaient pousser des cris.

Elle avait des envies fréquentes d'uriner. Elle a eu les jambes enflées il y a une huitaine d'années et, depuis cette époque, l'œdème est revenu à plusieurs fois. Souvent elle éprouvait des maux de tête très violents, des nausées, des palpitations, des faiblesses. Son appétit était très irrégulier. Ces dernières années, elle a eu des vomissements précédés de nausées.

Actuellement, la malade se présente avec un facies très amaigri, d'une coloration voisine du jaune paille ; ses lèvres sont pâles et décolorées ; la conjonctive est anémiée,

Les douleurs occupent tout l'hypogastre, l'abdomen, les cuisses, la région lombaire. Les pertes sont devenues très abondantes, rouge foncé, avec des caillots et des parties solides, probablement libérées par ulcération. Elles ont, en outre, une odeur très fétide. Les phénomènes de compression se sont accrus : constipation opiniâtre ; difficultés pour uriner, accompagnées de douleurs, œdème des membres inférieurs.

L'état général est très mauvais : estomac capricieux avec nausées et vomissements. Céphalalgie, palpitations, faiblesse générale. Légère dyspnée, amaigrissement considérable.

A l'examen physique, on trouve : dans la région hypogastrique et dans la fosse iliaque gauche une tumeur volumineuse, mate à la percussion, dure et résistante à la palpation. Au toucher, il est impossible de sentir le col. Le doigt détache des fragments de la tumeur ulcérée qui occupe le vagin. Ces fragments déchiquetés, sanguinolents, sont d'une odeur très fétide.

Derrière le pubis et dans les culs-de-sac, on a une sensation de résistance et de fermeté caractéristiques. Au toucher combiné avec le palper abdominal, on sent une tumeur volumineuse, ferme en tous ces points, remplissant l'excavation pelvienne. Dans sa partie supérieure elle est à peine mobile, et dans sa partie inférieure elle est complètement enclavée et immobile.

Pas de ganglions inguinaux.

Les urines contiennent un léger disque d'albumine. Température, 39°5.

6 juillet. — Intervention chirurgicale.

Anesthésie à l'éther.

On fait une intervention de propreté seulement ; on enlève toute la portion intra-vaginale de la tumeur. On la fragmente et on l'énuclée par morcellement. Pas d'hémorragie notable. Après avoir enlevé une portion de la tumeur grosse comme une tête de fœtus à terme, on arrive à sentir le col qui est très dilaté et dont l'orifice est obstrué par le pédicule de la tumeur.

Lavages au permanganate de potasse.

7 juillet. — Malade très faible. Température 39°2. Injection de sérum artificiel 400 grammes.

8 juillet. — Etat de plus en plus alarmant. Nausées. Vomissements. Soif vive. Diarrhée. Température 40 degrés. Injection de 400 grammes de sérum artificiel.

9 juillet. — Mort par septicémie.

Autopsie. — On trouve un utérus volumineux mais sans adhérences. Sa cavité est remplie par un fibrome du volume du poing et dont le moignon sphacélé occupe l'orifice du col. On trouve deux

perforations, l'une sur la cloison recto-vaginale et l'autre sur la cloison vésico-vaginale. Les lèvres de ces perforations étaient amincies, déchiquetées, gangrenées et, il n'y avait aucun doute, ces déchirures étaient dues à la compression des cloisons par la tumeur.

Le bas-fond de la vessie a complètement disparu.

Rien du côté du péritoine.

OBSERVATION XI (inérite).

(Service de M. le professeur Laroyenne).

*Polype utéro-vaginal sphacélé et fibrome sous-péritonéal. —
Excision du polype. — Véritable délivrance artificielle
pour les masses sphacélées renfermées dans l'utérus. —
Mort par septicémie.*

B..., Eugénie, quarante-six ans, entrée à l'hôpital de la Charité le 28 avril 1898. Les antécédents héréditaires n'offrent rien à noter. Personnellement bonne santé antérieure jusqu'à ces dernières années. Réglée à quatorze ans. Les règles étaient régulières. Depuis trois ans, elles avançaient chaque fois de trois ou quatre jours et, dans leur intervalle, la malade était sujette à des pertes blanches très abondantes.

Mariée à dix-neuf ans. Deux accouchements normaux à terme, une fausse-couche de six semaines.

La maladie actuelle remonte à trois ans. A cette époque, en effet, la malade fut mise en éveil par une douleur siégeant au niveau de la partie inférieure de l'abdomen et s'accompagnant de douleurs lombaires. Peu marquées au début, réveillées seulement par la pression et la fatigue, ces douleurs sont allées en s'accroissant progressivement et depuis trois mois, au moment des règles elles sont devenues expulsives, rappelant celles de l'enfantement.

Dans ces quatre derniers mois, les règles sont devenues très

abondantes et ont pris une odeur infecte. Elles s'accompagnent de pertes jaunâtres copieuses et horriblement fétides.

L'appétit a disparu; la malade a perdu ses forces; elle a pâli, maigri; elle se plaint d'une fièvre qui la ronge et la mine suivant son expression.

Il y a quatre jours, sans cause occasionnelle appréciable, brusquement les douleurs augmentent. En même temps, vomissements très amers, nausées à peu près continuelles. Constipation.

L'émission spontanée des urines se supprime également et on est obligé de sonder la malade. Plusieurs frissons dans ces derniers jours.

Ce tableau persista jusqu'à hier matin, moment où cette femme accouche d'un fibrome sphacélé. Elle fut de suite calmée, ce qui lui permit de venir à l'hôpital le 28 avril 1898.

A son entrée, les téguments ont une légère coloration jaune paille, rappelant un peu celle des cancéreux. Tout le corps est dans un état d'émaciation considérable. Faiblesse extrême. Bouche très mauvaise. Haleine fétide. Un peu de diarrhée.

Le pouls est rapide. La respiration est plus fréquente que normalement.

Température, 39°2.

A l'examen physique, on trouve une tumeur volumineuse sortant en dehors de la vulve et baignant dans un écoulement de sérosité roussâtre, dont l'odeur très fétide infecte la salle. Cette tumeur est un fibrome sphacélé du volume d'un gros poing. Elle occupe tout le vagin, pénètre dans l'utérus par un gros pédicule qui distend le canal cervical. Mais on ne peut savoir le point où est inséré ce néoplasme gangrené.

En palpant l'abdomen, on sent un utérus augmenté de volume. Il présente à droite une autre tumeur fibreuse assez volumineuse, dont on apprécie aisément les contours.

Intervention. — En présence de cet état alarmant, on intervient d'urgence le soir même de l'entrée.

Anesthésie à l'éther. — On sectionne au niveau de la vulve la tumeur prolapsée au dehors. On arrive facilement sur le col abaissé. On sectionne le pédicule au niveau du col. Ce dernier

mou et très dilaté laisse pénétrer facilement dans l'utérus. On y introduit la main et on en retire des masses fibreuses sphacélées. On fait ainsi une véritable délivrance artificielle

Injection iodée intra-utérine. Mèche de gaze iodoformée.

La perte de sang a été insignifiante

Champagne. Quinine.

29 et 30 avril 1898. — Etat général très mauvais. Vomissements. Diarrhée. Suintement très fétide par la vulve. La température oscille entre 39 degrés et 39°5.

Lavages intra-utérins. Champagne. Quinine.

1^{er} mai 1898. — Même état. Tendance au collapsus de plus en plus marquée.

2 mai. — La malade baisse de plus en plus. Haleine très fétide. Vomissements.

3 mai. — La famille veut absolument emmener la malade, qui part à l'agonie.

Quelques jours après, on apprend qu'elle est morte deux ou trois heures après son arrivée chez elle.

Le tableau clinique n'est pas toujours aussi sombre ; parfois l'état général est mieux conservé ; la malade est moins infectée et le chirurgien se trouve dans des conditions meilleures pour lutter contre l'affection.

Marche. Pronostic. — D'une manière générale la marche est rapide ; cependant, à ce point de vue, il faut faire quelques réserves et tenir compte de plusieurs facteurs. Un des plus importants est sans contredit l'origine de la gangrène.

Avons-nous affaire à une gangrène provoquée, sommes-nous en présence d'une gangrène spontanée ? Telles sont deux conditions qui modifient beaucoup l'évolution de la maladie.

Dans le premier cas, la marche est rapide et la terminaison fatale. Dans le second cas, la marche est plus lente ; la mort, bien que fréquente, y est cependant un peu plus rare. En effet, lorsque la gangrène a été provoquée par un toucher septique, une intervention quelconque, la tumeur enflammée, suppurant, détermine une inflammation de la muqueuse utérine qui est alors très apte à l'absorption des produits toxiques ; dans ce cas, elle reste en connexion intime avec l'utérus et alors le passage des toxines dans le sang est très facile. Une septicémie foudroyante en sera la conséquence habituelle, et l'opération dans ce cas, pratiquée tout de suite, peut n'avoir aucun résultat, même si l'on arrive à bien enlever toutes les masses en décomposition, car la malade a déjà absorbé trop de produits septiques et les ravages qu'ils ont causés dans l'organisme sont irrémédiables. A plus forte raison, la terminaison sera fatale si l'intervention a été incomplète ; si l'on s'est contenté de réséquer ce qu'on avait à sa portée, sans s'occuper de ce qui restait dans la matrice. Exceptionnellement, la malade résiste.

Différentes seront la marche et la terminaison quand le sphacèle est arrivé spontanément ; alors ordinairement la tumeur se gangrène par défaut de nutrition, par calcification de la coque, et cette dernière peut former une véritable barrière à l'envahissement de l'économie par le pus.

Les connexions vasculaires n'existant plus avec l'utérus, l'organisme a beaucoup moins de chances de s'intoxiquer. La femme pâlit, maigrit, a de la fièvre hectique ; elle marche vers la cachexie, mais elle y marche lentement.

Néanmoins, nous le disions plus haut, un tissu privé de nourriture est un *locus minoris resistentiæ*. Cette tumeur arrivera donc tôt ou tard à s'infecter et à intoxiquer secondairement l'organisme. Alors, les conditions dans lesquelles on interviendra à ce moment seront bien inférieures à celles qu'on avait précédemment. Aussi, nous ne saurions trop insister sur la nécessité absolue pour tout chirurgien soucieux de la guérison de sa malade, de ne pas différer une intervention qui, dès le début, est indiquée d'urgence.

Compter dans ces circonstances sur une élimination spontanée du myome nécrobiosé, nous paraît une chose bien illusoire pour le chirurgien et bien dangereuse pour la malade. On a cité, nous le savons, des observations de ce genre : Ziemssen¹, Braun², Chiari et Spœth, par exemple, ont relaté des faits d'élimination spontanée. Mais à côté de ces résultats heureux, il nous serait facile de citer des cas nombreux où la non-intervention a coûté la vie à la malade.

Aussi nous croyons pouvoir résumer cette discussion sur la marche et la terminaison par les deux propositions suivantes :

Gangrène provoquée. — Marche rapide. Mort le plus souvent par septicémie aiguë. Guérison rare, même après intervention que l'on doit néanmoins toujours tenter.

Gangrène spontanée. — Marche lente :

¹ Ziemssen, *loc. cit.*

² Braun, Zur Behandlung der Uterus fibroïde (*Wiener med. Zeitschrift*, 1868).

1° Si pas d'intervention ; le plus souvent mort par péritonite ou septicémie chronique. Exceptionnellement guérison ;

2° Si intervention faite dès le début, guérison de règle.

Ces deux propositions ne sont pas seulement basées sur des idées théoriques, elles sont aussi le résumé des observations que nous avons citées dans le cours de ce travail.

Nous le voyons, le mécanisme de la gangrène a une influence considérable sur l'évolution de la maladie. D'autres facteurs doivent être également pris en considération. Nous voulons parler du siège de la gangrène, du volume du myome, de l'état général de la malade, des complications pour ne citer que les principaux.

Par rapport au siège du sphacèle, nous avons vu que dans la gangrène intra-utérine, l'intoxication était plus prompte et plus facile. La marche est donc plus rapide, et le pronostic lui-même est plus sérieux par suite de la difficulté de débarrasser la matrice de son foyer d'infection.

Le volume du myome a également de l'influence sur l'évolution de la maladie. Ce sont ordinairement les gros polypes qui se sphacèlent le plus rapidement. De plus, en formant tampon, ils empêchent le libre écoulement des produits septiques vers le vagin et, par suite, favorisent l'absorption et par conséquent l'intoxication. La marche est activée et le pronostic assombri.

L'état général de la malade ne doit jamais être passé sous silence. Une femme anémiée, affaiblie par des hémorragies antérieures, une malade dont les reins fonctionnent déjà mal, résistera beaucoup moins longtemps.

Chez elle, l'évolution sera plus rapide et le pronostic plus réservé.

Les complications enfin peuvent modifier l'évolution de la maladie. Elles sont nombreuses ; ce sont toutes celles des fibromes en général. Nous n'avons pas à les passer en revue ; nous dirons seulement quelques mots de celles qui appartiennent plus spécialement aux myomes gangrenés.

Les embolies septiques sont assez fréquentes ; il en résulte des formations d'abcès, des suppurations dans les divers organes comme le montre l'observation IX.

La présence d'autres tumeurs, soit de l'utérus, soit de ses annexes, est une complication parfois redoutable qui doit toujours être prise en considération dans les interventions.

Les observations de Lelong et de Bousquet se rapportent à des faits de ce genre.

OBSERVATION XII (résumée).

(Lelong, *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1897).

Corps fibreux utérins sous péritonéaux.

Polype gangrené faisant saillie dans le vagin. — Ablation du polype.

Péritonite. — Mort.

Autopsie. — Pus dans le péritoine.

Suppuration des fibromes sous-péritonéaux.

OBSERVATION XIII (résumée).

(Bousquet, *Bull. de la Soc. de Chirurgie*, Paris, 1888).

Ovaire sarcomateux. — Ablation. — Fibrome de l'utérus sphacélé. — Excision. — Septicémie consécutive. — Mort.

F..., quarante-cinq ans, s'est aperçue, il y a deux ans, que son ventre grossissait. Il y a un an, hémorragies qui ont persisté pendant cinq mois. Après ce temps, tout est rentré dans l'ordre.

Au moment de son entrée à l'hôpital, l'état général est satisfaisant ; douleurs sourdes et continues dans le bas-ventre et dans les reins. Après examen, on fait le diagnostic :

- 1° Utérus du volume d'une tête de fœtus et bourré de fibromes ;
- 2° Masse mobile dans le côté droit de l'abdomen.

Intervention. Laparotomie. Tumeur sarcomateuse de l'ovaire droit. Ablation.

La malade supportant mal le chloroforme, et l'ablation de l'utérus fibromateux menaçant d'être laborieux, on le remet à plus tard.

Le soir même, douleurs lombaires et abdominales excessivement vives, que l'on calme par la morphine. Un peu de fièvre.

Le 2 avril, apparition à la vulve d'une masse sphacélée qui n'est autre qu'un fibrome gangrené. Ablation de ce polype.

Avec l'index promené dans la cavité utérine, on sent plusieurs noyaux qui occupent la paroi postérieure et qui semblent vouloir s'énucléer. On enlève à la curette tout ce qui peut être enlevé.

Injections intra-utérines de sublimé.

Drainage. Quinine.

Le lendemain et les jours suivants, température oscillant entre 39 et 39°5. Etat général très mauvais qui fait renoncer à une intervention radicale. Mort le onzième jour par septicémie.

Les perforations de l'utérus par le fait de la gangrène, l'ouverture de poches purulentes dans le péritoine sont des

complications mortelles par la péritonite suraiguë qu'elles entraînent.

OBSERVATION XIV (résumée).

(Fourcade, *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1834).

Polype volumineux atteint de gangrène, par suite de laquelle l'utérus sphacélé est devenu le siège d'une perforation du côté de la cavité péritonéale. — Péritonite. — Mort.

OBSERVATION XV (résumée).

(Huguier, *Gaz. des hôpit.*, 1857).

Tumeur fibreuse de l'utérus suppurée et fluctuante dans toute son étendue. — Ouverture spontanée dans la cavité péritonéale. — Péritonite consécutive. — Mort.

Les perforations, au lieu de se faire du côté du péritoine, ont lieu quelquefois du côté de la vessie et du rectum. Il en résulte des fistules vésico-utérines, recto-utérines qui aggravent beaucoup le pronostic (Obs. X).

Terminons enfin l'étude des complications en signalant les phlébites, les artérites comme on le voit dans l'observation suivante :

OBSERVATION XVI

(Ranglaret et Ghika, *Soc. anat. de Paris*, octobre 1892.)

Fibrome utérin gangrené, ayant causé une artérite et une phlébite avec gangrène des membres. — Mort.

Diagnostic. — Les symptômes précédemment énumérés, la marche de l'affection, l'âge de la malade et, au besoin, l'examen microscopique des morceaux expulsés, éclaireront le diagnostic qui, facile ordinairement, peut, dans certaines circonstances, devenir très épineux.

Ce seront surtout ces cas que nous aurons en vue dans ce paragraphe.

Un premier point difficile à trancher, c'est de distinguer un fibrome gangrené d'un cancer arrivé à la période d'ulcération. Ce diagnostic n'est pas toujours simple, et cependant inutile d'en faire remarquer l'importance au point de vue du traitement et du pronostic. Cette difficulté est telle qu'autrefois on rangeait les myomes sphacelés dans les tumeurs malignes et, actuellement encore, il est plus d'un cas peut-être où l'on abandonne la malade, croyant avoir affaire à un cancer utérin, alors qu'en réalité il s'agit d'un fibrome gangrené.

Cette confusion s'explique facilement par la grande analogie des symptômes des deux affections : amaigrissement rapide, teinte jaune paille des téguments, fièvre hectique, œdèmes cachectiques, écoulement fétide. On a donné cependant quelques signes distinctifs qui parfois permettent de se prononcer. La douleur a-t-on dit, n'est pas exactement la même ; dans le fibrome, c'est surtout une sensation de pesanteur dans le petit bassin ; dans le cancer il s'y ajoute de temps en temps des élancements, vifs, courts, semblables à des coups de canif. L'âge de la malade aidera également au diagnostic, la tumeur fibreuse pouvant arriver chez de jeunes personnes, tandis que le cancer apparaît rarement avant quarante ans. L'odeur bien caractéristique d'une tumeur sphacélée sera bien distinguée de

l'odeur spéciale au cancer. De plus, on se rappellera que le cancer envahit petit à petit les tissus voisins et se les approprie, tandis que la tumeur fibreuse reste libre. Ainsi les culs-de-sac vaginaux sont souvent pris dans le cancer, tandis qu'ils sont intacts dans le fibromyome. Enfin, en cas de doute, il faut enlever un morceau de la tumeur et le soumettre à l'examen histologique qui tranche rapidement la question.

La rétention placentaire, lorsqu'il y a infection, peut très bien en imposer pour un myome sphacélé. Mais les anamnésiques, le voisinage d'un accouchement ou d'un avortement mettront sur la voie du diagnostic. L'odeur de l'écoulement, d'après Depaul, se différenciera assez facilement. De plus, la mollesse spéciale du placenta tranchera sur la consistance ordinaire des fibromes. Enfin, en dernière ressource, l'examen histologique permettra de se prononcer.

L'inversion utérine peut être confondue avec un myome gangrené surtout quand la muqueuse est très enflammée et hypertrophiée. Nous avons déjà vu les signes différentiels. Le diagnostic, répétons-le, se base sur la constatation de la présence de l'utérus dans le bassin.

Les métrites gangreneuses ou fongueuses se distingueront facilement, car elles ne forment pas de tumeur appréciable au palper.

Des corps étrangers (éponges, pessaires) oubliés dans le vagin se reconnaîtront aisément par le toucher avec un peu d'attention. Le diagnostic sera également facile avec la cystocèle, le prolapsus de l'utérus, les fibromes du vagin, le cancer du vagin; aussi nous n'y insisterons pas davantage.

Les différentes affections que nous venons de passer en revue ne peuvent être confondues qu'avec les fibromes sous-muqueux ou les polypes. Quant aux fibromes interstitiels ou sous-péritonéaux, on ne saurait y penser, car ils ne donnent lieu à aucun écoulement. Le diagnostic de ces derniers, au contraire, doit se faire avec la plupart des tumeurs qui se développent dans la cavité abdominale et surtout avec les kystes de l'ovaire.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Dans les chapitres précédents, nous avons vu que la péritonite et la septicémie aiguë ou chronique menaçaient sans cesse la vie de la malade, lorsqu'on laissait se faire spontanément l'élimination des fibromes utérins sphacelés. Il serait donc très coupable de rester inactif et très illusoire d'attendre avec confiance une terminaison favorable. Aussi, dans ces circonstances, l'indication est-elle formelle : c'est l'intervention.

Deux points sont à considérer dans le traitement :

1^o Relever l'état général ;

2^o Débarrasser l'organisme de son foyer putride.

Relever l'état général d'une malade anémiée, affaiblie par des pertes abondantes et répétées, d'un organisme miné par la fièvre hectique, empoisonné par les toxines de la putréfaction et de la purulence ; telle est la première indication à remplir.

La thérapeutique tonique, reconstituante, le quinquina, les ferrugineux, les vins généreux, le lait, formeront comme toujours la base de ce traitement ; mais il est un point sur lequel nous voulons insister : c'est sur l'efficacité des injections de sérum artificiel. Consultez l'observa-

tion XVII, vous y verrez une malade qui, pendant quatre jours, est au seuil de la mort, en proie à un schock et à un collapsus considérables. On injecte avec persévérance 4 litres de sérum artificiel par jour. Grâce à cette médication, peu à peu la malade se réchauffe, le schok diminue et, le sixième jour, tout phénomène de collapsus a disparu. Il suffit de rappeler l'action du sérum artificiel et l'on comprendra facilement l'efficacité de cette méthode dans ces circonstances. On sait, en effet, que le sérum physiologique (chlorure de sodium, 7; eau distillée, 1000) agit :

1° Par dilution des toxines et lavage du sang ;

2° Par excitation générale de l'organisme (centres nerveux, système musculaire) ;

3° Par excitation de tous les appareils de diurèse (reins et glandes).

C'est donc en même temps un éliminateur des toxines et un excitant général.

Les injections d'éther seront associées avantageusement aux injections de sérum.

Contre la fièvre, on pourra prescrire la quinine, l'antipyrine ; si la courbe thermique est très élevée, on aura recours à la méthode des bains froids à 26-28 degrés.

Mais il est bien certain que le traitement général ne doit être considéré que comme un adjuvant et que l'intervention locale immédiate s'impose pour débarrasser l'organisme de son foyer putride.

Quelle sera-t-elle ?

M. le professeur Poncet donne la ligne de conduite suivante. Plusieurs cas à envisager. En allant du plus simple

au plus complexe au point de vue du volume du fibrome en voie d'élimination et au point de vue des complications qu'il a déjà déterminées, nous distinguerons :

1° Polypes fibreux sous-muqueux sphacelés de petit ou de moyen volume à pédicule assez long ;

2° Polypes fibreux sous-muqueux sphacelés de gros volume ou polypes utéro-vaginaux de Pozzi ;

3° Polypes fibreux sous-muqueux sphacelés avec utérus fibromateux ;

4° Fibromes sphacelés sous-péritonéaux ;

5° Fibromes sphacelés interstitiels et fibromes cavitaires.

6° Fibromes sphacelés compliqués de péritonite ou de fistules vésico-vaginale ou recto-vaginale.

1° Polypes fibreux sous-muqueux de petit ou de moyen volume à pédicule assez long avec infection localisée au fibrome lui-même et intégrité de l'utérus et de l'état général.

Ici pas d'hésitation ; la section du pédicule suivie d'un lavage intra-utérin et d'un drainage de la cavité utérine avec une mèche de gaze iodoformée suffira dans la majorité des cas à guérir la malade.

Deux fautes seules sont à éviter :

D'abord en sectionnant le pédicule il faudra ne pas intéresser la paroi utérine qui pourrait-être en début d'inversion ; mais c'est là, nous l'avons vu, une éventualité plus rare qu'on ne le croit.

En second lieu, on devra éviter que la mèche de drainage laissée dans l'utérus ne soit pas fortement serrée par le col, et ne détermine pas de la rétention avec pénétration

du contenu infecté de la cavité utérine dans la paroi au niveau du pédicule sectionné.

Pour obvier à cet accident, on pourra supprimer tout drainage intra-utérin, et se contenter d'un tamponnement vaginal, en ayant recours les jours suivants à des lavages intra-utérins si la température l'exige. On pourra aussi assurer le drainage avec un drain seul ou ajouté à la mèche de gaze de façon à bien assurer l'écoulement.

2° *Polypes fibreux sous-muqueux sphacelés de gros volume ou polypes utéro-vaginaux de Pozzi.*

Il s'agit alors de ces polypes volumineux remplissant le vagin avec œdème des grandes lèvres, compression de la vessie et du rectum, etc...

Ici encore, c'est par une intervention vaginale de propreté que l'on doit commencer, en enlevant par morcellement toutes les portions accessibles du fibrome. Cela fait, on peut se trouver en présence, soit d'un polype qui est assez strictement pédiculé, qui est incomplètement sphacélé vers sa base et dont le point d'implantation à la paroi est nettement délimité ; soit d'un fibrome gangrené sessile à large surface d'implantation laquelle commence à se sphacéler.

Dans le premier cas, après un lavage soigneux de la cavité utérine, la section du pédicule suivie de la cautérisation au fer rouge pourra suffire quelquefois. L'intervention est alors terminée comme dans le cas précédent par le drainage de la cavité utérine au moyen de gaze iodoformée associée ou non à un tube fenêtré.

Assez souvent la guérison peut s'obtenir ainsi. Mais même quelquefois dans le premier cas et ordinairement dans le deuxième, l'intervention doit être plus complète.

En effet, quelque séduisantes que soient ces opérations à cause de leur simplicité, il faut bien savoir que trop souvent, et surtout s'il s'agit d'un sphacèle provoqué, l'infection de l'organe est plus profonde qu'on ne le suppose et peut continuer à évoluer après l'excision du polype et malgré les injections intra-utérines consécutives. Il faut alors et le plus rapidement possible la compléter par la suppression de l'organe infecté et l'ablation de l'utérus et de ses annexes, ce qui permet en même temps le drainage de la cavité pelvienne.

3° Polype fibreux sous-muqueux sphacélé avec utérus fibromateux.

Ici encore l'ablation de l'utérus s'impose pour la même raison que dans le cas précédent.

Mais quelle voie faudra-t-il suivre dans ces deux circonstances ?

En somme, on se trouve, pour les catégories 2 et 3, ramené à la question du traitement du fibrome utérin en général, autrement dit, nous avons à poser les indications de l'hystérectomie abdominale et de l'hystérectomie vaginale. Il faut bien savoir, toutefois, qu'on doit tenir grand compte ici du facteur infection, au moins autant que du facteur volume et que les interventions par la voie vaginale, qui exposent moins à l'infection du péritoine, qui assurent mieux le drainage de la cavité pelvienne, seront souvent préférées à ce double titre. Cette remarque étant faite, nous dirons que l'hystérectomie vaginale est indiquée dans le cas où l'utérus fibromateux contenant le polype sphacélé est d'un volume moyen et ne remonte pas au-dessus de l'ombilic (limite extrême de l'hystérectomie vaginale par morcellement) et, dans ces conditions, c'est

naturellement l'opération par morcellement de Péan-Ségonc qui devra être pratiquée ; l'ablation des annexes sera d'ordinaire le corollaire obligé de celle de l'utérus, soit du fait de l'infection de celles-ci, soit à cause de leurs connexions étroites avec l'organe à enlever. Le traitement ultérieur ne diffère pas de celui de l'hystérectomie vaginale pratiquée pour une autre cause.

4^e *Fibrome sphacélé sous-péritonéal.*

Lorsqu'on se trouve en présence de ces cas exceptionnels où le fibrome en voie d'élimination, quoique peu volumineux, proémine à travers la paroi abdominale, c'est par cette paroi qu'il faudrait aller le chercher et, ici encore, on pourrait soit se borner à l'ablation de la tumeur d'ordinaire pédiculée, soit terminer par l'ablation de l'utérus lui-même, en faisant, si on le juge à propos, un drainage à la Mickulicz.

L'hystérectomie abdominale peut encore être indiquée dans les cas où le polype fibreux sphacélé, plongeant dans le vagin, coexiste avec d'autres tumeurs de même nature qui ont augmenté, dans des proportions énormes, le volume de l'utérus et alors, malgré les dangers plus grands d'infection du péritoine, si l'utérus fibromateux dépasse l'ombilic, c'est par la voie abdominale qu'il faut l'enlever. Dans ce cas, il faut exciser par le vagin toute la portion du polype sphacélé qui y proémine et qui pourrait gêner les manœuvres par l'abdomen, en même temps qu'augmenter les chances de péritonite.

Dans quel ordre doivent se succéder les deux temps de l'opération ?

Au premier abord, il semble que l'on doive commencer par l'excision du polype et terminer dans une même séance

l'ablation de l'utérus. Mais on sait que lorsqu'il s'agit d'hystérectomie abdominale totale, même pour des tumeurs non infectées, les premiers procédés opératoires que l'on a employés, et où l'on commençait l'intervention par le vagin pour la terminer par l'abdomen, ont été abandonnés à cause des cas très nombreux d'infection du péritoine.

A plus forte raison, ici où l'on devrait faire remonter dans l'abdomen le pédicule toujours infecté du polype prolabé, devra-t-on considérer cette manœuvre comme dangereuse, et toutes les fois que cela sera possible on devra à l'exemple de Bouilly : 1° commencer à enlever par l'abdomen la plus grande partie de l'utérus fibromateux en pratiquant une véritable amputation sus-vaginale pour terminer l'opération par le vagin par l'ablation de l'utérus et de la tumeur prolabée. Les observations suivantes viennent à l'appui de cette idée : « Deux fois, dit M. Bouilly¹, je me suis trouvé aux prises avec les difficultés suivantes : dans son ensemble, la tumeur représentait une énorme brioche renversée, dont la partie supérieure remontait à l'ombilic et le dépassait, dont la partie inférieure, moins volumineuse, s'étalait en un énorme champignon dans le vagin et jusqu'à la vulve et dont la portion rétrécie était serrée par le col au niveau du détroit supérieur.

La première malade m'était amenée de province en pleine septicémie, avec une tumeur sphacélée faisant saillie à la vulve, se continuant avec un fibrome remplissant tout l'hypogastre et les flancs et atteignant l'ombilic.

¹ Bouilly, *Bull. de la Société de chirurgie de Paris*, 12 avril 1898.

En dépit du volume de la tumeur, j'espérai l'enlever en totalité par morcellement par la voie vaginale ; l'ablation par des parties sphacélées fut rendue extrêmement laborieuse par leur friabilité et quand péniblement je fus arrivé à la portion abdominale intra-utérine dure et consistante, il me fut impossible de l'abaisser assez pour en pratiquer le morcellement. Force me fut de faire séance tenante la laparotomie, d'inciser le tissu utérin, de morceler le fibrome de l'abdomen et de terminer l'opération en enlevant le corps utérin par voie vaginale. La malade continua son infection et succomba trois jours plus tard.

Le plan était mauvais ; en supposant même que la malade n'eût pas été primitivement infectée au point d'être gravement compromise, je risquais d'infecter le péritoine en passant de la voie vaginale à la voie abdominale.

Récemment, dans un cas tout à fait analogue, j'ai suivi la conduite inverse. Jugeant l'ablation impossible par la voie vaginale seule et l'opération abdominale comme presque fatalement mortelle, au milieu de ces tissus sphacelés et absolument infects, je décidai d'enlever par l'abdomen la portion intra-utérine non infectée et de terminer l'opération par l'ablation de la portion vaginale gangrenée, complétée par l'hystérectomie vaginale. Dans son ensemble, l'opération fut laborieuse, mais se fit sans incidents. La malade guérit après avoir présenté des accidents ; du délire post-opératoire d'origine septique et une suppuration grave de la paroi ayant les mêmes caractères et la même odeur que les sécrétions putrides du fibrome sphacélé.»

Ajoutons cependant que dans la moitié des cas, le début de l'intervention par le vagin s'imposera comme opération de propreté avant l'hystérectomie.

Mais alors on pourrait faire une intervention en deux séances opératoires distinctes; une première séance où l'on enlèverait toute la partie de la tumeur infectée qui remplit le vagin et le lendemain une deuxième opération, radicale celle-ci, et qui consisterait à faire l'hystérectomie abdominale avec ablation du col par le vagin telle que nous l'avons décrite plus haut. Il faut bien se rappeler pourtant qu'il s'agit ici de malades infectées, dont l'état général est ordinairement gravement atteint, par conséquent, chez qui le temps presse et que l'on ne doit pas soumettre de gaîté de cœur à deux anesthésies à si court intervalle. Aussi les interventions en une seule séance auront-elles la préférence toutes les fois qu'on les jugera réalisables.

5° *Fibrome gangrené interstitiel ou cavitaire.*

Il s'agit alors soit d'un fibrome contenu dans les parois de la matrice, soit d'un fibrome peu ou à peine engagé dans le col, dont l'ablation par les voies naturelles sera incomplète et un peu aveugle. L'hystérectomie vaginale est l'opération indiquée ou l'hystérectomie abdominale, suivant que l'utérus dépasse ou non l'ombilic.

6° *Fibrome sphacélé avec complications : péritonite, fistules, etc.*

S'il s'agit de péritonite, le drainage par le Douglas après l'ablation de l'utérus sera l'opération de choix. A ce propos, faisons remarquer que l'ablation de l'utérus dans nombre de cas où on la pratiquera sera surtout un mode de drainage puissant de cette région infectée, absolument comme lorsqu'on la fait par exemple pour une annexite double avec collection pelvienne suppurée.

On peut aussi avoir à traiter une ulcération de la vessie

ou du rectum par compression et sphacèle. Ordinairement, quand ces accidents surviennent, l'état de la malade est tellement grave qu'elle succombe quoi qu'on fasse. Pourtant si, par hasard, on avait le temps de pratiquer l'intervention utérine et de voir la malade se relever ensuite, on se comporterait vis-à-vis des fistules vésico-vaginales et recto-vaginales comme vis-à-vis de celles consécutives à d'autres causes (accouchement, pessaire).

En résumé, on le voit, l'ablation par morcellement de la tumeur seule n'est en général à conseiller que pour les polypes sphacelés utéro-vaginaux de petit ou de moyen volume. Dans les autres circonstances, c'est habituellement à l'hystérectomie que l'on doit recourir et donner ses préférences, cette opération radicale donnant plus de chances de succès qu'une intervention incomplète comme l'est en général l'ablation par morcellement dans les cas où non seulement le fibrome est infecté, mais où l'utérus et ses annexes sont également plus ou moins atteints.

Cette conclusion nous semble s'appuyer sur des faits cliniques. En effet, les observations que nous avons citées paraissent nous en démontrer la réalité.

Dans tous les cas de fibromes sphacelés que nous rapportons et qui ont trait à des tumeurs très volumineuses avec état général mauvais, phénomènes de septicémie ou de péritonite, l'ablation par morcellement n'a pas sauvé la malade. Dans un seul de ces cas, l'opération a été couronnée de succès ; mais il faut lire cette observation et voir quels dangers la malade a courus, quelles précautions minutieuses on a dû prendre. Ensuite, après une première intervention, tout n'a pas été fini, une nouvelle suppura-

tion pelvienne s'est produite. Fort heureusement elle a été ouverte à temps du côté du vagin, mais elle aurait bien pu aussi infecter le péritoine si la malade n'avait pas été suivie avec tant de soins et d'attentions.

A part cette observation très intéressante, les quelques cas de guérison que nous rapportons, concernent des faits où l'hystérectomie a été pratiquée ; aussi, croyons-nous que telle est l'opération à conseiller dans ces circonstances comme donnant le plus de chances de réussite.

OBSERVATION XVII (inédite).

(Due à l'obligeance de M. le D^r Gouilloud).

Fibrome utérin. — Ablation par morcellement. — Injection de sérum artificiel. — Seize litres en quatre jours. — Phlébite. — Suppuration pelvienne curieuse, bombant à travers le col utérin. — Incision. — Drainage. — Guérison.

Marie Françoise C..., quarante-six ans, maitresse d'hôtel à Vourles, entre le 25 mai 1896 à l'hôpital Saint-Joseph.

Réglée régulièrement depuis douze ans ; mariée à vingt-deux ans. Deux grossesses normales. Le dernier accouchement date de 1 74. Pas de fausse couche.

Depuis deux ans et demi, la malade a des règles très douloureuses et fort abondantes, mais normales comme durée. En même temps, elle remarque que son ventre grossit.

Il y a un an et demi, phlébite aux deux membres inférieurs.

Il y a quatre jours, la malade sentit dans le vagin une petite tumeur, qui avait le volume d'un œuf de poule.

Le D^r Piante, consulté, reconnut un fibrome, mais ne trouva pas à ce moment d'indications suffisantes pour parler d'opération.

Brusquement, la scène changea. Il y eut suppression de la mic-

tion spontanée, apparition de vives coliques utérines comme des douleurs d'accouchement, puis saillie à la vulve d'un fibrome volumineux.

A son entrée à l'hôpital, la malade a un facies pâle. Température, 39°5. Les coliques utérines intenses persistent. Par le vagin, on voit sortir une grosse tumeur piriforme du volume d'une tête de fœtus environ, qui augmente du double à chaque contraction de l'utérus. Elle est noire et sphacélée en partie.

L'abdomen est volumineux, en forme de carène, ce qui est dû à la saillie de la vessie distendue.

Par le toucher vaginal, on trouve l'excavation entièrement remplie par le prolongement de la tumeur et on ne peut atteindre le col.

D'autre part, le palper de l'abdomen montre une masse fibreuse qui se prolonge bien au delà de l'ombilic et atteint les fausses côtes gauches. La tumeur paraît allongée plutôt que globuleuse, sortant à la vulve et remontant jusqu'aux côtes. On peut sans exagérer en estimer la longueur à 40 centimètres.

La vessie est distendue, la malade n'a pas uriné depuis quarante-huit heures. Le cathétérisme se fait avec assez de difficultés, par suite de la présence de la tumeur. Rien d'anormal dans les urines.

Le 27 mai, opération.

Anesthésie à l'éther, durant une heure trois quarts.

Vu le volume de la tumeur, M. Gouilloud se décide au morcellement. Avec des pinces à quatre et six dents, il tire sur la tumeur qui se montre solidement fixée et ne descend que de quelques centimètres. Il taille une manchette muqueuse et s'efforce de décoller au-dessous d'elle. Malheureusement, aucun pédicule, aucune solution de continuité entre la partie proéminente et celle qui est au-dessus. Il est donc amené ainsi à faire un morcellement en règle, tant au bistouri de Péan qu'aux ciseaux courbes, pendant plus d'une heure, pour enlever une masse dont les fragments réunis pesaient 3 kg. 500. On voit le fond de l'utérus descendre progressivement. La limite extrême du fibrome ne se laisse pas énucléer aisément. Elle se continue par des tractus avec ce qui semble l'uté-

rus, ce qui est peut-être la couche la plus superficielle péritonéale. C'est là le seul temps difficile, car on ne distingue plus ni cavité utérine, ni corps utérin, à peine un léger relief du col, perçu au fond de la cavité formée par l'ablation du fibrome, fond qui est étalé à la vulve.

Perte de sang insignifiante. Résection de la plus grande partie de la muqueuse de recouvrement du fibrome. Trois mèches de gaze iodoformée profondes. Pendant l'opération, plusieurs irrigations de solution faible de sublimé.

Après l'opération, collapsus très marqué. On fait dans la journée deux injections de sérum artificiel de 500 grammes chaque et une injection de 1 gramme d'éther.

28 mai. — Le collapsus persiste. Extrémités froides. Pouls toujours imperceptible.

On fait quatre injections de sérum artificiel de 1000 grammes chaque et quatre injections d'éther de 1 gramme chaque.

29 mai. — La malade va un peu mieux. Le pouls est perceptible, mais la température est très élevée, 39 à 40 degrés.

On prescrit dans la journée 4 litres de sérum en injections ; en plus injections d'éther ; trois bains froids de 28 à 26 degrés.

Injection vaginale phéniquée toutes les trois heures.

La malade a des pertes très fétides et très abondantes. Quinine, 75 centigrammes. Boissons abondantes.

30 mai. — Tout phénomène de collapsus a disparu.

Agitation, subdélire, météorisme abdominal sans signe de péritonite. T. = 39°5.

Pertes vaginales abondantes et fétides.

Même prescription que la veille.

31 mai. — Très légère amélioration.

Traitement continué.

1^{er} juin. — La température a baissé un peu, 38 degrés. Le subdélire est considérable.

On supprime les bains et le sérum.

On donne injection vaginale de chlorure de zinc suivie d'injection phéniquée toutes les trois heures. On continue la quinine.

La malade va de mieux en mieux, cependant toujours un peu de fièvre.

15 juin. — Phlébite de la jambe gauche.

6 juillet. — L'œdème et la douleur ont disparu.

20 juillet. — On constate une collection liquide qui remonte jusqu'à l'ombilic. Le col utérin est entr'ouvert, perméable et possède un orifice plus large qu'une pièce de 5 francs.

A travers, on sent une saillie arrondie que l'on considère comme un reste de fibrome pédiculé, et qui donne la sensation d'un polype à surface régulière et de consistance un peu molle.

La malade qui allait bien jusqu'à ce moment a vomi ce matin et ne mange plus depuis deux ou trois jours.

Le cathétérisme vésical indique que la vessie est petite, qu'elle s'étale sur la face inférieure de la tumeur entre la tumeur et le vagin et non entre la tumeur et la paroi antérieure de l'abdomen. On peut penser à une distension de l'utérus, le reste du fibrome formant bouchon ; mais par le cathétérisme utérin on pénètre profondément et on est libre dans une cavité. D'autre part, le doigt circonscrit ce que l'on croit être un polype utérin et le décolle très facilement sur une profondeur de 6 ou 8 centimètres. Le long de l'hystéromètre se produit tout à coup un écoulement de pus séreux, fétide. On essaie sans y parvenir à introduire la sonde Laroyenne.

A ce moment, on donne de l'éther à la malade, croyant avoir à faire l'ablation d'un polype. Appliquant une pince à dents sur ce qui est pris pour un fibrome, on provoque une déchirure de la partie superficielle par où s'écoule du pus en abondance, et l'on constate que le susdit fibrome est simplement l'extrémité d'une collection dont le siège paraît être l'utérus ou, en dehors de l'utérus. Le doigt, introduit profondément au fond de la poche, a une impression analogue à celle que l'on a dans les collections péritonéales, dont la voûte est formée par des anses intestinales agglutinées. La partie inférieure de la poche est formée probablement par des lambeaux de la paroi utérine et surtout des lambeaux des couches muqueuse et péritonéale. La couche musculaire n'étant plus représentée que par des tractus fibromateux, deux gros drains sont mis dans la poche et bientôt la malade peut partir.

Décembre 1898. — La malade, qui a été suivie ultérieurement, continue à bien se porter.

OBSERVATION XVIII (inédite).

(Service de M. le professeur agrégé Vincent).

*Myome pariétal gangrené. Ablation par morcellement.
Mort par septicémie.*

B. . Marie entre le 1^{er} mai 1888 à la Charité pour des ménorragies qui datent de plusieurs années. Depuis quelques semaines, la malade baigne à peu près constamment dans le sang. Ses pertes ont pris une odeur très repoussante que la malade et son entourage avaient bien remarquée.

Elle a beaucoup pâli et maigri et est arrivée à un degré marqué d'émaciation lorsqu'elle entre à l'hôpital.

On fait le diagnostic de myome pariétal gangrené et on intervient de suite. Deux séances d'abrasion avec pinces et curettes. Lavages intra-utérins. Malgré ce traitement, l'infection persiste et la malade meurt par septicémie quatre jours après son admission à l'hôpital.

L'autopsie n'a pas été faite.

OBSERVATION XIX

(M. Buffet, chirurgien de l'hôpital d'Elbeuf, *Bull. de la Soc. de chirurg. de Paris*, avril 1898).

Corps fibreux volumineux de la lèvre postérieure du col : prolapsus de l'utérus. — Hystérectomie partielle. — Guérison.

F... , quarante-huit ans, anémiée par métrorragies déjà anciennes, et qui, depuis six mois, avait la sensation d'une masse remplissant le vagin et cherchant à s'échapper au dehors. Le 7 décembre 1895, l'expulsion avait eu lieu ; une énorme tumeur avait été projetée

hors de la vulve et pendait entre les cuisses, retenue en haut par un pédicule.

• Le 8 décembre, état très alarmant. Pouls petit, face pâle, traits progressivement altérés, vomissements depuis le matin. La tumeur qui prolabe hors de la vulve ressemble assez comme forme à une langue de bœuf fumée, à grosse extrémité supérieure ; mais elle est deux fois plus volumineuse ; elle est noirâtre et sa surface extérieure présente de nombreuses traces de sphacèle ; un pédicule gros et court la relie au vagin. Après avoir pensé à un polype utérin, à une inversion utérine, M. Buffet finit par découvrir l'ouverture du col entièrement effacé et entr'ouvert à la partie antérieure et moyenne de la masse et il s'arrête au diagnostic de fibrome de la lèvres postérieure du col, ayant entraîné par son poids l'utérus et produit un prolapsus complet. Séance tenante et sans chloroforme, il applique un serre-nœuds autour du pédicule de la tumeur, près de la vulve, et la sectionne ensuite couche par couche au thermo-cautère. Le lendemain, le vagin s'était reconstitué et le serre-nœuds était remonté à 6 centimètres ; on l'enlève. Dès lors, la guérison se produit.

La tumeur pesait 3 kg. 350, occupant la lèvres postérieure du col et se composait d'un gros corps fibreux, entouré de tissu ultérin.

OBSERVATION XX

(Bernays, *American journal of Obstetric*, 1895).

*Hystérectomie pour un myome volumineux suppuré. —
Uretérostomie et néphrectomie. — Guérison.*

F., quarante-six ans. Bonne santé habituelle.

En 1879, elle s'aperçut que son ventre grossissait. En 1884, il avait pris un tel développement qu'elle en était incommodée. A cette époque, un chirurgien consulté se prononça contre une opération, de sorte que la malade garda sa tumeur encore pendant dix ans.

Ce ne fut qu'en 1895 qu'elle vint me trouver. Elle était à la ménopause; néanmoins la tumeur augmentait plus rapidement qu'elle ne l'avait jamais fait. Une intervention me parut indiquée. L'état était alarmant : facies très amaigri ; émaciation considérable de tout le corps. Le ventre, distendu par une tumeur volumineuse, présentait de nombreuses veines. Œdème des membres inférieurs et des grandes lèvres. Cœur faible.

Pouls, 98 ; température, 39°5; respiration, 28. Nausées, perte d'appétit, vomissements. Affaiblissement considérable, frissons fréquents.

Traces d'albumine dans les urines.

La tumeur remplissait le petit bassin et remontait jusqu'à l'ombilic. Fluctuante dans sa partie supérieure, elle était ferme et consistante dans sa partie inférieure.

Intervention.

Incision de 6 centimètres sur la ligne blanche ; on arrive sur la tumeur que l'on incise à cause de ses énormes dimensions. Cette incision donne issue à un pus jaune en très grande abondance. La quantité fut évaluée à 27 litres. Après avoir nettoyé le champ opératoire, je procédai à la section des ligaments larges. Ce fut facile à gauche. A droite, la difficulté fut grande par suite du développement énorme de la tumeur, qui se prolongeait dans le ligament large et remontait en arrière jusqu'au rein en soulevant le péritoine. En décortiquant la tumeur, je remarquai que l'uretère droit était comprimé entre elle et le péritoine. Cet uretère très aminci et très allongé, était nécrosé dans une portion. Aussi je le sectionnai à 6 pouces du rein et j'abouchai ses deux extrémités à la paroi abdominale, sur la ligne blanche. Je suturai également les deux extrémités ensemble, de façon à faire une uretéro-uretérostomie. Je libérai la tumeur de ses adhérences et je terminai par une hystérectomie supra-vaginale. Traitement extra-péritonéal du pédicule.

Drainage du Douglas au moyen d'un gros tube. Autour de ce tube, l'incision abdominale fut fermée par de nombreuses sutures profondes et superficielles.

Convalescence longue à cause de la nécrose de l'extrémité vési-

cale de l'uretère droit. Formation d'un abcès rétro-péritonéal s'étendant le long de l'uretère gangrené depuis le bas-fond de la vessie. Cet abcès fut ouvert par une incision de 3 pouces, à droite de la ligne blanche, sur une ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure. Drainage et lavage journaliers. Guéri on en trois semaines.

Six semaines après la nécrose de l'uretère, l'urine s'échappait en partie par l'urètre, en partie par le tube contenu dans le cul-de-sac de Douglas. Il y avait donc une plaie à la base de la vessie, c'est-à-dire une fistule vésico-péritonéale. Plus tard, des adhérences se formèrent et déterminèrent la fermeture de cet orifice.

La patiente quitta l'hôpital le 25 septembre, avec une fistule uréthro-abdominale à travers laquelle toute l'urine du rein droit s'échappait. La vessie avait repris ses fonctions normales pour le rein gauche. La malade avait passé cinquante-deux jours à l'hôpital.

Après deux mois passés à la campagne, elle revint me trouver pour faire traiter sa fistule uréthro-abdominale. A son entrée, état général très bon, température normale. L'urine provenant du rein gauche contenait une certaine quantité d'albumine, celle provenant du rein droit n'en renfermait qu'un très léger disque.

Néphrectomie.

Guérison.

OBSERVATION XXI

(Chadwick, *Boston medical Journal*, 1897).

Tumeur fibreuse suppurée de l'utérus. — Ablation par voie abdominale de la tumeur et de la partie supra-vaginale de l'utérus. — Guérison.

Le 16 décembre 1896, je fus appelé auprès d'une malade âgée de soixante ans, mère de plusieurs enfants. Elle avait été soignée autrefois pour une tumeur interstitielle du corps de l'utérus, qui,

depuis la ménopause avait diminué peu à peu et pendant plusieurs années n'avait donné lieu à aucun symptôme. En août, elle éprouva de grands chagrins, et pour se distraire, en septembre, elle alla passer quelques semaines chez des amies à Walpole. Depuis son séjour dans ce pays, elle a eu à plusieurs reprises de violents frissons. Sa température variait entre 38°5 et 39°5; elle était même montée jusqu'à 40 degrés. Avec cela, perte d'appétit, nausées fréquentes, amaigrissement considérable (30 kilog.). Cependant elle n'avait éprouvé aucune douleur au niveau de la tumeur.

La malaria qui règne parfois à Walpole et dans les environs fut accusée d'être la cause de cet état; mais aucun diagnostic ferme ne put être porté. Vers le 6 décembre, un pus inodore commença à s'écouler par la vulve.

Quand je la vis le 16 décembre, l'abdomen était occupé par une tumeur ronde et dure qui paraissait manifestement un fibrome de l'utérus. Il était très mobile dans l'abdomen, sans adhérences; il n'était pas douloureux.

De la vulve s'écoulait un liquide purulent, épais, mais inodore. Cet écoulement fut soumis à l'examen de M. le Dr Mallory qui reconnut du pus contenant des streptocoques pyogènes mais qui ne trouva aucun microbe de la putréfaction, j'avais bien vu deux cas de fibrome suppuré de l'utérus, mais ils étaient survenus à la suite de l'introduction par ponction d'une électrode au milieu de la tumeur, suivant la méthode d'Apostoli. De plus, dans ces deux cas outre la fièvre, l'amaigrissement, l'écoulement du pus, il y avait une douleur très nette au niveau de la tumeur. Aussi en me rappelant ces faits, il m'était difficile d'arriver à cette conclusion que le fibrome était suppuré.

Néanmoins j'eus recours à des injections intra-utérines de permanganate de potasse. Comme ce traitement semblait n'avoir aucun effet ni sur la température qui oscillait autour de 40 degrés ni sur la quantité de l'écoulement de pus, je me décidai à enlever par voie abdominale la tumeur et la partie supra-vaginale de l'utérus. L'opération faite avec l'aide des Drs Engelmann, et Wallace Russel fut simple et suivie de succès. Une seule complication à noter.

Malgré toutes les précautions prises, il s'écoula un peu de pus de la tumeur sur l'angle inférieur de l'invasion abdominale.

Le péritoine fut suturé au-dessus du moignon. Aucun shock. La température tomba rapidement. La plaie de l'abdomen suturée sur toute l'étendue guérit spontanément; seule la moitié inférieure de l'incision qui avait été injectée ne se réunit pas par première intention.

La tumeur, qui pesait 4 à 5 livres, fut soumise à l'examen du D^r Mallory, qui fit le rapport suivant :

L'échantillon se compose d'une masse sphérique de 16 centimètres de diamètre et comprend avec les trompes et les ovaires, l'utérus et la tumeur qui occupent la partie antérieure. La cavité utérine est très dilatée. Sur sa face antérieure on aperçoit une ouverture par laquelle on peut faire sourdre du pus en pressant sur le fibrome. Ce dernier présente des parties nécrosées et tout autour on voit de petites cavités kystiques remplies d'un pus épais.

Diagnostic : Fibromyome avec nécrose et infection secondaire par streptocoques pyogènes.

OBSERVATION XXII

(Dükrssen, *Berlin. klin. Woch.*, 11 juin 1895).

Hystérectomie abdominale pour gangrène d'un fibromyome sous-muqueux de la paroi utérine postérieure chez une femme de soixante-dix ans. Mort le quarante et unième jour par débilité cardiaque.

CONCLUSIONS

Nos conclusions reposent sur vingt-deux observations dont deux sont empruntées à la clinique de M. le professeur Poncet.

I. La gangrène et la suppuration des fibromes utérins sont des moyens éliminateurs très dangereux. Elles peuvent entrer seules en cause ou bien s'associer aux autres modes d'expulsion : énucléation spontanée, pédiculisation, inversion utérine.

II. Elles reconnaissent deux origines : une origine mécanique, l'ischémie ; une origine inflammatoire l'infection. Le plus souvent, les deux processus s'associent et se complètent. L'ischémie résulte de la constriction du pédicule par le col, de sa torsion, de son élongation, de la compression de la tumeur par les contractions de la matrice. Elle produit une gangrène totale le plus souvent. L'inflammation détermine une gangrène superficielle ; elle est provoquée par une infection consécutive à une exploration utérine quelconque (toucher, examen au spéculum), à une intervention incomplète (extirpation partielle d'un polype

prolabé dans le vagin), à un curetage, un tamponnement, une inflammation du voisinage, une maladie générale.

III. La migration des myomes sous l'influence du sphacèle et de la purulence se fait exceptionnellement à travers la paroi abdominale, la vessie ou le rectum. Il s'agit alors de fibromes sous-séreux. Le plus souvent c'est du côté du vagin que la tumeur tend à se diriger. Cette expulsion se fait suivant deux modes différents : l'élimination par fragments, l'élimination en masse.

Cliniquement elle se reconnaît aux douleurs à caractère expulsif, à la fétidité de l'écoulement, aux symptômes péritonéaux ou septicémiques qui ne tardent pas à apparaître enfin aux signes fournis par l'inspection, le toucher et le palper.

IV. Quand il s'agit de gangrène provoquée, la marche est rapide et la mort en est la terminaison habituelle. Dans le cas de gangrène spontanée l'évolution est plus lente, mais la terminaison est néanmoins souvent fatale, du moins si l'on n'intervient pas dès le début des accidents.

Le pronostic est donc très grave, d'où la nécessité absolue de ne jamais abandonner à elle-même sans opération l'élimination des fibromes gangrenés.

V. Le traitement comprend deux indications :

a) Relever l'état général par les moyens ordinaires et surtout par les injections de sérum artificiel.

b) Enlever le foyer d'infection par l'ablation de la tumeur complétée ou non de l'hystérectomie suivant les cas.

L'hystérectomie est surtout à conseiller pour les fibromes gangrenés sous-séreux, interstitiels, cavitaires, pour

les énormes polypes utéro-vaginaux avec infection de la matrice ou de ses annexes.

Quant à la voie à choisir, il faudra se baser sur les indications générales de l'hystérectomie abdominale ou vaginale. Toutefois la voie vaginale sera préférée ici toutes les fois qu'il sera possible, comme donnant moins de shock, exposant moins à l'infection du péritoine, et assurant mieux le drainage de la cavité pelvienne.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
PONCET.

Vu :

LE DOYEN,
LORTET

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR,
G. COMPAYRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- AGOSTINI, Du sphacèle des fibromyomes utérins (Montpellier médical, 1885).
- BAER, Gangrenous fibroid tumours of the uterus (New-York, Philadelphia, 1885).
- BALADÉ, Etude sur la gangrène des myomes utérins (thèse de Paris, 1875).
- BERNAYS, Hystérectomie pour un myome volumineux suppuré. Uretérostomie et néphrectomie. Guérison (Americ. journ. of obstetric, 1895).
- BLANC (E.), Elimination spontanée d'un fibrome utérin (Lyon médical, 1887).
- BOUSQUET, Fibrome de l'utérus sphacélé : septicémie (Bull. de la Soc. de chirurgie, 1898).
- BOJD, Sloughing polypus of the uterus : Septicemia (Albany med. Ann., 1885).
- BERTHAULT, Myome hydrorrhéique de l'utérus. Ablation d'un polype utérin. Péritonite purulente. Autopsie (Bull. Soc. anat., Paris, 1880).
- BIRD, Notes of a case of uterin polypous terminating in fatal sphacelation. Med. Chir. journ. and Rev., London, 1816.
- CHADWICK, Case of suppurating fibroid tumour of the uterus (Boston med. journal, 1897).
- CLIVIO, Due casi di putrefazione di tumori fibrosi dell'utero (Gaz. med. di Pravia, 1892).
- CRAGIN, Suppurating fibroma of the uterus (Americ. journ. of obst. New-York, 1892).

- CULLINGWORTH, Large gangrenous interstitial myome of the uterus (Obstet. Transactions, London, 1894).
- Inversion de l'utérus par gros polype. Nécrose superficielle de l'utérus et de la tumeur; issue de la tumeur à travers la vulve; ablation, réduction de l'invasion (Lancet, 1890).
- CONDAMIN et REPELIN, De l'emploi des crayons de chlorure de zinc dans les fibromes (Rev. obst. et gyn., Paris, 1893).
- CANTAS, Résultats éloignés du trait. des fibr. ut. par les crayons de chlorure de zinc (th. de Lyon, 1896).
- DAMAS, Complicat. infectieuses des fibromes utérins (th. de Lyon, 1895).
- DECORNIÈRE, Polype fibreux utérin. Expulsion spontanée (Bull. de la Soc. de chirurg., 1893).
- DEMARQUAY, Corps fibreux de l'utérus en voie de ramollissement avec transformation graisseuse. Difficultés de l'extraction liées à l'état de mollesse de la tumeur. Mort. (Union médicale, Paris, 1868).
- DELTEIL, Des corps fibreux de l'utérus avec inversion (th. de Paris, 1890).
- DUGLOS, Polype volumineux de l'utérus détruit par la gangrène. Accidents de résorption putride : expulsion d'une portion de la tumeur provoquée par l'emploi de seigle ergoté, puis traitement par un régime analeptique. Guérison (Moniteur des hôpitaux, Paris, 1857).
- DUHRSEN, Hystérectomie pour gangrène d'un fibromyome sous-muqueux (Berlin. klin. Woch., 1895).
- DUMESNIL, Corps fibreux de l'utérus; élimination spontanée à travers la paroi abdominale (Gaz. des Hôp., Paris, 1868).
- DUPLAY, Des ramollissements de l'utérus et principalement de son ramollissement gangreneux (th. de Paris, 1833).
- EDEBOHLS, Uterus containing in its walls two gangrenous fibromata (Ann. Journ. Obst., New-York, 1891).
- FOURCADE, Polype volumineux atteint de gangrène. Perforation de l'utérus. Péritonite (Bull. de la Soc. anat. de Paris, 1834).
- FUNKE, Ueber Gangranose-Fibromyome der Uterus, Strasbourg, 1891.

- GARCIA RIJO, Polipa uterino, gangrena provocada : curacion 1888.
- GIRAudeau, Corps fibreux utérin. Septicémie à forme gangreneuse. Mort (Progrès médical, Paris, 1882).
- GUYON, Tumeurs fibreuses de l'utérus, 1860.
- HARTMANN et MIGNOT, Notes sur la suppuration gangreneuse des fibromes indépendants de la cavité utérine (Ann. de gyn. et d'obst., Paris, 1896).
- HAVAS, Expulsion spontanée d'un myome utérin (Wiener medical Presse, 1895).
- HUGUIER, Tumeur fibreuse de l'utérus suppurée fluctuante dans toute son étendue. Ouverture spontanée dans la cavité péritonéale. Mort (Gaz. des hôp., Paris, 1857).
- HOFMOKL, Fibrome pédiculé de l'utérus sortant de l'abdomen à côté d'une hernie volumineuse et se gangrenant. Guérison (Wiener med. Presse, 1882).
- HURRY, De la gangrène des fibromes utérins suivie d'expulsion (Saint Barthol. hosp. Rep., 1885).
- JACOBS, Mortification et expulsion d'un énorme fibrome utérin à soixante dix-huit ans. Guérison (Sem. gyn., Paris 1897).
- JEANNEL, Fibrome utérin et septicémie (Médéc. méd., Toulouse 1892).
- KATZ, Sphacèle des fibromes utérins (th. de Nancy, 1884).
- LABAT, Elimination des fibromes gangrenés. Mort (Bull. de la Soc. anat., Paris, 1879-1880).
- LELONG, Corps fibreux utérins sous-péritonéaux. Polype gangrené faisant saillie dans le vagin. Ablation. Mort par péritonite (Bull. de la Soc. anat. 1897).
- LISFRANC, Polype utérin volumineux. Péritonite suraiguë. Mort (Gaz. des hôp., Paris, 1828).
- MERNER, De la terminaison par gangrène des corps fibreux intra-utérins. Des dangers de leur extirpation partielle (th. de Paris, 1883).
- MESLAY et HYENNE, Note sur un fibrome utérin présentant quelques points de dégénérescence et d'infiltration œdémateux (Bull. de la Soc. anat. de Paris).

- PEYROLLE, De l'exhystéropexie (th. de Lyon, 1895).
- PICQUÉ, Enorme tumeur fibreuse en sablier gangrenée. Morcellement. Guérison (Bull. de la Soc. de chir., 1893).
- PLANQUE, Torsion du pédicule des fibromes utérins (th. de Paris, 1897).
- POZZI, Enormes polypes utéro-vaginaux (Revue de chir., 1885).
- PRÉVOST, Péritonite mortelle causée par l'inflammation et le ramollissement d'un fibrome utérin (Bull. de la Soc. méd. de la Suisse Romande, Lausanne).
- REBOUL, Sur les accidents liés au sphacèle des fibromes utérins (Bull. de la Soc. de chir. de Paris, 1898).
- RICHET, Complication des polypes de l'utérus (Gaz. des hôp. Paris, 1865).
- ROBERT, De quelques accidents septiques dus à la présence de corps fibreux de l'utérus (th. de Paris, 1885).
- SAUGIER, De la gangrène de l'utérus (th. de Strasbourg, 1865).
- SUTTON, A uterus showing the effects of a gangrenous fibroid, Transact. obst. Soc., London, 1890).
- Sympson, Case of polypus becoming sphacelated while within the cavity of the uterus; removal; recovery (Brit. med. Journal, London, 1874).
- SCHMIDT, Elimination spontanée d'un fibrome utérin par la paroi abdominale (Wiener med. Woch., 1882).
- VERNEUIL, Bull. de la Soc. anat. de Paris, 1872.

TABLE

AVANT-PROPOS	5
CHAPITRE PREMIER. — Historique	9
CHAPITRE II. — Des divers modes d'expulsion des fibromes utérins	13
1° Enucléation spontanée	18
2° Pédiculisation.	18
3° Gangrène et purulence	20
CHAPITRE III. — Pathogénie et étiologie de la gangrène et de la purulence des fibromes utérins	30
CHAPITRE IV. — Anatomie pathologique	52
CHAPITRE V. — Etude clinique	63
Symptômes	63
Marche, pronostic	72
Diagnostic.	79
CHAPITRE VI. — Traitement	82
CONCLUSIONS	103
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	107

